

LUIZ FILIPPE SIMÕES MENSORIO

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NA REGIÃO DA LUZ/SÃO PAULO, UMA
REFLEXÃO ACERCA DO BINÔMIO NECESSIDADE-POSSIBILIDADE**

BRASÍLIA

2014

LUIZ FILIPPE SIMÕES MENSORIO

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NA REGIÃO DA LUZ/SÃO PAULO, UMA
REFLEXÃO ACERCA DO BINÔMIO NECESSIDADE-POSSIBILIDADE**

Monografia apresentada como exigência parcial para a conclusão do curso de bacharelado em Direito, pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, sob a orientação do Profº. Dr. Lásaro Moreira da Silva.

BRASÍLIA

2014

LUIZ FILIPPE SIMÕES MENSORIO

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NA REGIÃO DA LUZ/SÃO PAULO, UMA
REFLEXÃO ACERCA DO BINÔMIO NECESSIDADE-POSSIBILIDADE**

Monografia apresentada como exigência parcial para a conclusão do curso de bacharelado em Direito, pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, sob a orientação do Profº. Dr. Lásaro Moreira da Silva.

Brasília, __ de _____ de 2014.

Banca Examinadora

Prof.

Prof.

Prof.

Perdi a conta de quantas vezes as vi dar graças a Deus por ter vindo para a cadeia, porque se continuassem na vida que levavam estariam mortas. Jamais ouvi delas os argumentos usados pelos defensores do direito de fumar pedra até morrer, em nome do livre arbítrio.

[...]

A internação compulsória acabará com o problema? É evidente que não. Especialmente, se vier sem a criação de serviços ambulatoriais que ofereçam suporte psicológico e social para reintegrar o ex-usuário.

Dr. Dráuzio Varela

RESUMO

O instituto da Internação Compulsória foi desenvolvido como alternativa de proteção e reinserção daqueles que não mais possuem o necessário discernimento para decidir pelo auxílio e tratamento de algum possível transtorno mental. Tal medida tem o condão de tratamento e não de pena, de sorte que deve seguir estritos parâmetros de aplicação e requisitos para implementação. Nesse contexto, o presente trabalho visa a proporcionar um estudo conceitual e específico acerca da aplicação da internação compulsória na região da Estação da Nova Luz, em São Paulo, onde há décadas vem aumentando o número de viciados que, sem moradia, passam a habitar aquela região fazendo nada mais que usar a droga diuturnamente. O estudo tem como escopo principal a percepção dos requisitos que a lei impõe para a aplicação de tal ação e sua viabilidade sob os aspectos constitucionais e legais, de acordo com o ordenamento vigente no país. Nesse ínterim, serão apresentados argumentos a favor da possibilidade de aplicação da medida e contra; bem como análise detalhada de preceitos legais e de saúde pertinentes ao caso e a apresentação do instituto no direito comparado.

Palavras-chave: Cracolândia. Internação Compulsória. Binômio necessidade - possibilidade. Crack.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. O CRACK	11
1.1 Breve contextualização histórica	11
1.1.3 <i>A situação de São Paulo e da “cracolândia”</i>	13
1.2 O perfil do usuário	14
1.3 Efeitos da substância	15
1.3.1 <i>Mecanismos de atuação</i>	15
1.3.2 <i>O crack e DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis</i>	16
1.4 A violência no mundo do crack	18
1.5 Tratamentos aos viciados	21
2 DA MEDIDA COMPULSÓRIA	23
2.1 Aspectos e controvérsias constitucionais	23
2.1.1 <i>Princípio da dignidade da pessoa humana</i>	24
2.1.2 <i>Direitos fundamentais à saúde e à liberdade</i>	29
2.1.2.1 <i>Da Liberdade</i>	29
2.1.2.2 <i>Da Saúde</i>	34
2.2 Conceito e legislação aplicável	38
2.2.1 <i>Internação compulsória e a Lei 10.216/2001</i>	38
2.2.1.1 <i>Do estado do enfermo</i>	42
2.2.1.2 <i>Do controle das internações</i>	43
2.2.1.3 <i>Do vício no consentimento</i>	43
2.2.1.4 <i>Duração e Término</i>	44
2.2.2 <i>Da Lei 11.343/06</i>	45
2.2.2.1 <i>Do crime de uso e suas implicações para o caso</i>	46
2.2.3 <i>Projeto de Lei da Câmara nº 37/2013</i>	49
2.3 Da necessidade da medida	52
2.3.1 <i>Espécies de usuários</i>	52
2.3.1.1 <i>Da situação do usuário dependente</i>	54
2.3.2 <i>Acerca da incapacidade de autodeterminação</i>	57
2.3.3 <i>A capacidade de autolesão e seu perigo para os demais</i>	58
2.3.4 <i>A necessária cessação do contato com o ambiente de droga</i>	61
3 A OPERAÇÃO PAULISTA E MODELOS SEMELHANTES	63
3.1 A questão paulista: Operação Centro Legal	63
3.1.1 <i>Forma de atuação</i>	64
3.1.2 <i>Aspectos relevantes</i>	64
3.2 Medidas semelhantes aplicadas em outros países	69
3.2.1 <i>A experiência estadunidense</i>	69
3.2.2 <i>O método das chamadas “Drug Courts”</i>	71
3.2.3 <i>A aplicação sueca</i>	72

3.2.4	<i>O modelo na Nova Zelândia</i>	74
3.2.5	<i>“General de Sanidad”, o regulamento espanhol</i>	75
3.2.6	<i>Legislação de Saúde Mental Argentina</i>	77
3.3	Críticas à medida	79
 CONCLUSÃO		82
 REFERENCIAS		85

INTRODUÇÃO

Os meios de enfrentamento e combate ao uso de drogas é tema que até hoje não viu consolidados mecanismos eficientes para a sua execução. Em se tratando de crack, então, torna-se ainda mais difícil o combate, tendo em vista tratar-se de uma droga barata, acessível e de forte poder viciante. É nesse íterim que a proposta de internar compulsoriamente viciados em crack surge como uma opção drástica para tentar solucionar os problemas que a pedra vem causando.

A decisão de internar usuários da região da “cracolândia”, em São Paulo, vem sendo discutida por teóricos e profissionais de diversas áreas do conhecimento, além de causar um misto de espanto, por se tratar de uma medida demasiadamente invasiva, e de esperança, tendo em vista uma tentativa a qual muitos acreditam que produzirá um alento àqueles que têm sua condição de ser humano aviltada pela dependência da substância sem que isso lhe seja clareado.

A discussão perpassa por além de apenas defeitos ou êxitos da medida em comento, englobando seu respectivo supedâneo ou bloqueio constitucional e/ou normativo, tendo como ponto principal a pesagem e balanceamento dos direitos fundamentais inerentes ao caso, vendo-se qual deve prevalecer sobre os demais e, assim, verificar-se a possibilidade de adequação da medida ao preceituado no texto constitucional, condição básica para a existência de qualquer elemento no plano jurídico.

Dessa análise constitucional, tem-se a constatação de que o objeto da pesquisa divide a atenção dos especialistas perante dois direitos inerentes à condição de pessoa, sendo o primeiro o direito à liberdade e o segundo, o direito à saúde. Portanto, põe-se que a resolução desse conflito se faz ao ver qual dos citados direitos atende melhor ao princípio da dignidade da pessoa humana, se a autodeterminação que esse princípio prega está presente na pessoa sobrepujada pelo vício e se, mesmo não estando, a atenção à sua saúde não se torna mais imperioso que atender ao seu mero desejo de se manter naquela situação.

Tendo esta base teórica, é mister que se proceda a uma análise comparativa da situação mental do toxicômano com a de portadores de transtornos mentais, tendo em vista a necessidade de enquadramento daquele no rol destes

para que se possa aplicar-lhes a internação compulsória sem que se esbarre numa falta de previsão normativa para tal.

Tendo isto sido conhecido, um apontamento de quais as reais necessidades e quais os benefícios que a internação poderá propiciar ao trabalho de combate aos abusos e prejuízos somados por ela. No mesmo trilho, busca-se saber, também quais os argumentos que críticos dessa medida pregam a fim de tentar negar-lhe existência.

Todas essas análises serão feitas por meio de instrumentos teóricos, consultivos e legislativos, no intuito de buscar o melhor entendimento acerca da possibilidade e da necessidade do instrumento alvo da pesquisa, tendo como objeto norteador o anseio de, ao final desta, possibilitar uma melhor análise dos aspectos favoráveis e desfavoráveis e colocar no limiar do imaginário os argumentos da abusividade daquele ou constatar sua procedibilidade.

Para tanto, utilizar-se-á de três capítulos nos quais se fará uma divisão sistemática dos tópicos que interessam ao destrincho do objeto em análise. No primeiro, objetivou-se fazer uma introdução dos aspectos científicos e sociais do crack, a fim de situar o leitor acerca da potencialidade lesiva da droga.

Já nos segundo e terceiro capítulos, ofereceu-se um estudo dos pressupostos de possibilidade e necessidade, nos quais pôde-se abordar aspectos tanto inerentes ao direito, como à medicina e sociologia; e, no capítulo seguinte, coube a conceituação e análise da operação realizada na cidade de São Paulo e que deu sentido a esse trabalho e uma análise do direito comparado, na qual foram destacadas legislações de diversos Estados estrangeiros acerca do assunto.

Por fim, este trabalho buscou-se analisar os pressupostos teóricos de uma medida que vem sendo cogitada para se aplicar em diversas cidades do Brasil e que, em especial na cidade de São Paulo, foi utilizada como instrumento para tratar aqueles personagens sociais excluídos e marginalizados pela própria sociedade e negligenciados, durante anos, pelas forças do Estado.

1. O CRACK

Uma das chagas que atualmente percorrem o cotidiano da maioria dos centros urbanos de todo o globo é a presença, cada vez maior, das drogas e seus efeitos na sociedade.

Dentre estas, o crack vem causando enormes prejuízos em diversos aspectos, devido, em grande parte, a seu alto poder viciante e seus efeitos devastadores ao indivíduo.

Esse capítulo busca o melhor entendimento dos diversos aspectos que circundam a droga e que são indispensáveis para uma mensuração de seu poderio.

Para tanto, buscou-se uma análise dos aspectos históricos que deram origem à substância, bem como a apresentação do atual desenvolvimento da pedra na principal cidade do país.

Além disso, efetuou-se uma dissecação dos efeitos e mecanismos de atuação que levaram o crack a ser conhecido em todo o mundo como uma das drogas mais perigosas e devastadoras.

1.1 Breve contextualização histórica

O crack teve a sua “descoberta” por volta de 1985, nos EUA. Na verdade, não se tratava de uma nova droga, mas de uma nova forma de administração da cocaína, considerada uma forma mais “segura” de consumo em relação ao seu método endovenoso.

A cocaína, por sua vez, foi criada pelo cientista alemão Albert Niemann, que extraiu o alcalóide a partir da folha de coca e criou o termo cocaína, em 1959. O consumo da droga ganhou força, tanto nos Estados Unidos da América como no Brasil, devido a diversos fatores, como: a crença de ser uma droga “segura” em relação às consequências médicas e sociais, incapaz de promover dependência; e ser perfeita para a interação social, em razão de sua ação ultracurta.

Neste ínterim, vale apontar que o crack é obtido através de um processo caseiro de substituição do éter da pasta base da cocaína pelo bicarbonato de sódio, amônia e água. (LARANJEIRA, 2013)

A cocaína, usada há mais de três mil anos pela raça humana, teve seu estopim nos anos de 1970, nos Estados Unidos da América, expandindo-se para outros locais na década de 80. (MED CLICK, sem ano)

Ao final da década de 70, naquele país, havia uma enorme oferta de cocaína em pó, o que fez com que o preço da substância sofresse uma queda de 80%. Diante desse prejuízo, os traficantes da droga transformaram-na em uma forma sólida, a qual poderia ser fumada. (FUNDAÇÃO..., sem ano)

Este novo modelo da droga poderia ser particionado em pequenas pedrinhas, vendidas em quantidades menores a mais pessoas, obtendo-se um lucro maior desta maneira. Era barato, simples de produzir e de usar e altamente lucrativo aos traficantes. (FUNDAÇÃO..., sem ano) e (MED CLICK, sem ano)

Dessa forma, nas cidades americanas de Los Angeles, Houston, San Diego e no Caribe foi surgindo uma das drogas de maior potencial lesivo que o homem já conheceu. (FUNDAÇÃO..., sem ano)

Entre 1984 e 1990, ocorreu a denominada “epidemia do crack” nos EUA, quando a droga inseriu-se no cotidiano de uma quantidade maciça de cidades daquele país e espalhou-se pelo mundo, atingindo Américas do Sul e Central, Europa e no resto do mundo. (FUNDAÇÃO..., sem ano)

No Brasil, informações de imprensa leiga e de órgãos de segurança, remontam a chegada do crack ao início da década de 90, em bairros da zona leste da capital paulista, indo, em seguida, para a região da Estação da Luz..

Em 1993, o uso, em vida, da substância chegou aos impressionantes 36%. O Brasil chega, hodiernamente, à marca de maior consumidor de crack no mundo, correspondendo a 20 % do consumo global de cocaína, em todas as suas formas de administração. (TAVARES, 2012)

Somente no ano de 2011, um por cento das pessoas acima de 16 anos fumou crack, o que, em números absolutos, representa a faixa de 1 milhão de brasileiros. Essa quantia alarmante é piorada quando se considera o índice de

consumo de crack e cocaína em consonância , os quais atingem a cifra de 2,8 milhões de pessoas em todo o país. (TAVARES, 2012)

O Brasil está na contra mão do rumo que o consumo de cocaína e crack vem tomando no mundo. Enquanto neste, o consumo vem diminuindo, naquele, cada vez mais, surgem novos casos de dependentes destas drogas.

Levantamentos apontam, ademais, que, dentre as regiões do país, a região sudeste é a que mais abriga usuários da droga, com uma concentração de aproximadamente 1,4 milhões de pessoas. Essa região possui diversos locais públicos onde se concentram os viciados para saciarem seus vícios no crack, chamados de “cracolândias”. (TAVARES, 2012)

Os maiores exemplos são as “cracolândias “ do Rio de Janeiro e, principalmente, a de São Paulo.

1.1.1 A situação de São Paulo e da “cracolândia”

O primeiro relato do uso de crack na capital paulista remete ao ano de 1989 e, decorridos dois anos, deu-se o primeiro relato de uma apreensão policial da droga. A partir de então, os números de apreensões aumentaram, indo de 204 casos em 1993 para 1906 em 1995. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

Nos primórdios de sua vinda para essa região, como ainda tratava-se de uma droga ignorada pelos usuários, o crack passou a ser priorizado pelos traficantes, com o escopo de popularizá-lo. Esses criminosos esgotaram as reservas de outras drogas e passaram a vender unicamente a pedra. (OLIVEIRA e NAPPO, 2008a)

Após aproximadamente 20 anos de presença da substância em São Paulo, os preços, a despeito de ter havido uma popularização crescente entre as classes mas abastadas dessa sociedade, não tiveram alterações significativas. Portanto, conclui-se que a qualidade da droga é que mudou, tendo-se a presença de mais aditivos na droga vendida na cidade de São Paulo. (OLIVEIRA e NAPPO, 2008b)

Novas estratégias especiais de comércio vêm sendo implantadas na região; como o “delivery”, na qual não há, em regra, imposição de taxa pelo serviço mais “cômodo”. (NAPPO, sem ano) e (OLIVEIRA e NAPPO, 2008b)

Contrariando o processo inicialmente utilizado para produzir a pedra, no qual o próprio usuário preparava o cloridrato de cocaína e o transformava em crack; atualmente, a produção concentra-se integralmente nas mãos dos traficantes, que distribuem a droga a preços que variam de R\$ 5,00 à R\$ 20,00. (MATHIASSEN e CHEQUER, sem ano); (BOM DIA, 2013) e (OLIVEIRA e NAPPO, 2008b)

Contudo, a forma pedregosa do crack tem sido substituída pela sua forma em pó (“farelo” ou pó de crack”), o qual é vendido a um preço ainda mais acessível (em torno de R\$ 5,00), dificultando, ainda mais, o combate à substância. (OLIVEIRA e NAPPO, 2008a)

O principal objeto utilizado pelos usuários na cidade de São Paulo é a lata de alumínio. O contato do alumínio da lata, corroborado pelo uso da folha de alumínio – indispensável para aquecimento da pedra- pode provocar intoxicação pela substância, ocasionando danos neurológicos irreversíveis, além de causar lesões cutâneas na língua, lábios, rosto e dedos. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012) e (OLIVEIRA e NAPPO, 2008b)

1.2 O perfil do usuário

Normalmente, o usuário de droga é jovem, homem, de classe mais humilde e sem ou com pouco estudo. Além disso, é desempregado e mora em prédios abandonados ou na rua. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012) e (BRASIL, 2013b)

Em geral, o viciado em crack apresenta uma outra comorbidade qualquer, como depressão ou transtornos de ansiedade. Além disso, a maior parte deles, possui um histórico familiar de abandono, problemas com a lei, transtornos mentais na família e dependência de álcool associado. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

Segundo Brasil (2013b, p. 12):

Segundo a mesma pesquisa, os usuários de crack são, em sua maioria, adultos jovens (70% com menos de 35 anos), do sexo masculino (79%), “não-brancos” (80%), que sobrevivem de trabalhos eventuais (bicos) ou como autônomos (65%). O tempo médio de uso identificado é de 91 meses (quase 8 anos) nas capitais e 59 meses (5 anos) nas demais cidades, e a quantidade média usada varia de 16 pedras (capitais) e 11 pedras (outras cidades) por dia.

Ressalta-se, ainda, que há uma elevada incidência de indivíduos sem religião e que possuem problemas de sociopatia e antissociabilidade.

Cumpra observar, porém, que tal perfil vem sofrendo mutação e, cada vez mais, pessoas no transverso desse perfil acabam se deixando levar pela droga. Antes conhecida como droga da periferia, ela vem hodiernamente, ganhando mais e mais espaço entre as classes médias das grandes cidades, por exemplo. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

1.3 Efeitos da substância

Serão prestados, a seguir, alguns esclarecimentos acerca da natureza e funcionamento do crack no corpo humano, com a finalidade de proporcionar uma lúdica formação da imagem do que a droga representa e quais os riscos inerentes a seu uso.

1.3.1 Mecanismos de atuação

O crack é uma droga de ação rápida que vai, ao ser tragada, rapidamente para os pulmões. Lá, a substância é instantaneamente absorvida pelos vasos capilares daquele órgão, caindo, então, na corrente sanguínea. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

Entre 10 e 15 segundos após ser fumado, o crack enche o cérebro de dopamina, neurotransmissor responsável pela sensação de prazer. Além disso, o coração começa a bombear mais sangue, aumentando a frequência cardíaca e, conseqüentemente da temperatura e transpiração. Há, também, dilatação das pupilas e sensação de euforia. (CUMINALE, sem ano)

Porém, essa sensação de prazer e euforia dura menos de cinco minutos, fazendo com que, em muito pouco tempo, o usuário sinta desejo de fumá-lo novamente.

Além disso, o uso repetido da substância acaba por queimar as vias aéreas e destrói os alvéolos pulmonares, o que facilita a presença de infecções e pneumonia e contribui para a ocorrência de hemorragias.

Por fim, cumpre observar que a droga aumenta os batimentos do coração, faz com que o sangue circule mais rapidamente e aumente o risco de haver inflamação dos vasos sanguíneos, um dos primeiros passos para o infarto. (CUMINALE, sem ano)

Durante a abstinência a área do prazer no cérebro deixa de ser estimulada, o que faz com que haja uma descarga de adrenalina para compensar. Isso pode resultar em comportamento violento, irritação e insônia. (ARANDA, sem ano) e (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

Além disso, para compensar a falta de dopamina, o cérebro passa a usar as reservas de serotonina (hormônio responsável pela sensação de bem-estar), o que acaba por esgotar essas reservas e deixar o indivíduo deprimido e sem vontade. (ARANDA, sem ano)

Após um período de sete dias sem a droga, o corpo começa a se desintoxicar e, aos poucos, o cérebro vai voltando ao seu funcionamento normal e os sintomas como irritabilidade, depressão e falta de apetite vão desaparecendo. (ARANDA, sem ano)

1.3.2 O crack e DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

O crack surgiu em comum período com o descobrimento do HIV nos Estados Unidos e, ao final da década de 80, evidenciou-se o maior risco de usuários daquela substância contraírem tal vírus. Além disso, são dispendiosos os efeitos da

doença nesses indivíduos, principalmente naqueles em situação de maior abandono e degradação física. (MATHIASSEN e CHEQUER, sem ano)

Segundo Ronaldo Laranjeira e Marcelo Ribeiro (2012); e Bo Mathiasen e Pedro Chequer (sem ano), os dependentes da substância são mais vulneráveis e expostos ao risco de contraírem doenças sexualmente transmissíveis. Isso pode-se explicar por diversos fatores, como a prática constante de relações sexuais desprotegidas, as relações sexuais e sociais entre usuários de drogas injetáveis e não injetáveis, a presença de feridas e rachaduras em diversas partes do corpo e a troca de sexo por dinheiro e drogas, prática muito frequente entre a população de rua usuária do crack.

Os usuários de crack, em sua maioria, não têm um diagnóstico precoce e nem um tratamento eficaz do HIV ou de outras DST's, o que leva a uma maior mortalidade decorrente dessas doenças em relação à população não usuária. Outra desvantagem daquela população é o fato de possuírem fraca recuperação imunológica e baixa adesão a tratamentos. (MATHIASSEN e CHEQUER, sem ano)

Para os autores (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012, p. 62):

De fato, um estudo populacional dinamarquês recente comparou a mortalidade de infectados pelo HIV com a da população em geral e encontrou um risco de morte 20 vezes maior nos indivíduos infectados que apresentavam abuso de álcool ou drogas. Nesse mesmo estudo, os indivíduos infectados pelo HIV sem comorbidades ou abuso de substâncias psicoativas apresentaram um risco de morte semelhante ao da população em geral.

Ademais, convém admoestar que (RENNA, 2005)

[...]usuários de crack apresentam um número maior de parceiros sexuais e maior troca de drogas por sexo e sexo por drogas do que usuários de outras drogas.

Os dados deste estudo não só confirmam isto como também demonstram associações mais altas de DSTs entre indivíduos que fazem uso preferencial de crack. indivíduos usuários de crack, apresentaram maior número de parceiras quando comparados àqueles que tinham utilizado outras drogas.

O crack, mais do que qualquer outra droga, esteve associado à economia do submundo dos centros urbanos, na qual drogas e sexo demonstraram ser a principal moeda de troca.

Os indivíduos que faziam uso preferencialmente de crack tiveram uma prevalência significativamente mais alta de sífilis, chlamydia e herpes genital.

Segundo Ribeiro e Laranjeira (2012), o crack contribui não apenas tornando mais fácil o contágio dessas doenças através do estilo de vida que impõe a seus usuários. Ele também facilita o agravamento dessas infecções, visto que influi nas respostas imunológicas e de defesa do organismo.

O viciado nessa substância dificilmente irá aderir ao tratamento da doença, tendo em vista seu pouco comprometimento com a própria saúde. Isto se torna evidente ao se analisar que o dependente não se importa com o amanhã, olhando unicamente para o presente, se possui mais droga ou não para consumir. O usuário que se encontra em uma situação de grave dependência, muitas vezes, somente procura tratamento quando a DST já se encontra em estágio avançado e, normalmente, não segue à risca seu tratamento. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

1.4 A violência no mundo do crack

O mundo do crack se desenvolve através de redes bem estruturadas e hierarquizadas que ligam os usuários aos fornecedores e às denominadas “bocas”. Tais redes incorporam uma cultura de violência e medo para imporem-se perante usuários e outras redes. Tal situação, normalmente, registra uma forma incomum de resolver conflitos e até mesmo mal-entendidos, as práticas de torturas e homicídios. (SAPORI e outros, 2012)

Além disso, as drogas em geral e, em especial, o crack costumam gerar polos de vendas dessas substâncias. Locais onde a autoridade máxima encontra-se na pessoa do traficante ou “dono da boca”. Tal situação explicita uma nítida usurpação de poderes estatais por parte dessas figuras. A diferença encontra-se no modo de sanção ao descumprimento das regras.

No último, a resposta vem do Estado e segue o devido processo legal e respeito a direitos fundamentais; já no âmbito de dominação do tráfico, tem sanções que vão desde espancamentos e mutilações, até a morte do desrespeitoso.

Tal situação se agrava ainda mais se considerarmos que o crack tem como consumidor padrão aquele de baixa ou nenhuma renda e que seus efeitos singulares provocam uma compulsão pela droga maior que a de outras substâncias psicotrópicas.

Portanto, estamos a falar de consumidores com pequeno poder aquisitivo e muita “fissura” pela droga, o que o leva a transigir aquelas regras, contraindo dívidas com o tráfico e realizando pequenos delitos nas intermediações dos traficantes. Conforme se infere de Saporì e outros (2012, p. 64):

E tal endividamento mais acentuado resulta dos efeitos farmacológicos singulares do crack em comparação com os da cocaína em pó. O crack gera consumidores mais compulsivos e, conseqüentemente, mais endividados, conforme é relatado pelos traficantes entrevistados. O “derrame” da droga acaba sendo mais frequente na comercialização do crack no varejo do que na da cocaína em pó e da maconha. Os dados obtidos permitem-nos concluir que o mercado do crack tende a disseminar a violência nas regiões onde predomina, incrementando a incidência de roubos e principalmente de homicídios. Em outros termos, o tráfico do crack tem o potencial de gerar epidemias de homicídios.

Neste sentido, também Ribeiro e Laranjeira (2012, p. 87):

Neste sentido, tanto o dinheiro como algum tipo de bem atuam como meio de troca para a droga. Esse fato valida o roubo como prática própria do comércio de *crack*. As situações de roubo podem ocorrer dentro da própria família, no entorno das bocas ou dentro da região de moradia, sendo esse delito o mais passível de ocorrência de homicídio contra o usuário pelos próprios integrantes da rede.

É mister que se observe o fato de que, em regra, o simples endividamento do sujeito com o traficante não gera uma solução mais drástica por parte deste. O que gera isso é a prática comum entre viciados de dever à um traficante e comprar de outro, quebrando uma das regras de “boa conduta” impostas pelo tráfico. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012) e (SAPORI e outros, 2010)

Ademais, cumpre salientar que um dos efeitos mais característicos da dependência do crack é a personalidade violenta de seus usuários, isso os torna ainda mais propensos a terem atitudes impensadas e a serem alvos de represálias de igual modo, seja de outros viciados, de traficantes ou de agentes de segurança.

De igual modo, o pensamento de Saporì e outros (2012, p. 39):

Sob o efeito psicofarmacológico das drogas: após a ingestão da droga, alguns indivíduos podem se tornar irracionais a ponto de agir de forma violenta. A violência psicofarmacológica pode resultar também da irritabilidade associada a síndromes de substâncias que causam dependência química. Além disso, o uso da droga pode contribuir para que o indivíduo se comporte violentamente, e também pode alterar seu comportamento de maneira a aumentar seus riscos de vitimização. [...] Formação de compulsão econômica: deve ser compreendida como o potencial que a dependência da droga tem na incidência de crimes contra o patrimônio. Alguns usuários de drogas são compelidos a se engajar em atividades criminosas, perpetrando roubos e furtos para obter recursos econômicos necessários ao financiamento do consumo contumaz. Em diversas situações em que há reação das vítimas ou descontrole emocional do criminoso podem ocorrer homicídios.

Outro aspecto importante a se considerar é que o crack gera uma alta rentabilidade, o que constrói uma situação de disputa constante pelos pontos de venda da droga. É a chamada **“guerra do tráfico”**, que gera terror nos arredores dos pontos disputados.

Para Goldstein (1985), uma das formas de violência gerada pelas drogas é a denominada **“violência sistêmica”**, que é intrínseca ao envolvimento com qualquer substância entorpecente. Segundo o estudioso ela decorre dos padrões tradicionalmente violentos de interação inerentes ao sistema de distribuição e uso de drogas.

Ele enquadra nessa classificação os atos de violência derivados de: disputas por territórios; imposição de respeito a normas impostas pelo tráfico; roubos a traficantes; eliminação de informantes; venda de drogas falsas ou “batizadas” e dívidas com traficantes; disputas por drogas ou instrumentos para a sua fabricação.

Através de estudos realizados em Belo Horizonte (SAPORI e outros, 2012, p. 43) é possível inferir que o aumento de atos violentos na cidade têm relação intrínseca com o surgimento e proliferação do crack na região, conforme aduzido pelos mestres:

A dinâmica verificada ao longo dos anos nos leva a acreditar que tenha havido um fenômeno muito peculiar na capital, sobretudo no

período denominado deterioração gradativa. Deparamo-nos, então, com fortes evidências de uma relação entre o início desse período de deterioração e o processo de entrada e disseminação do comércio e uso do crack em Belo Horizonte, considerando o fato de que a droga começou a ser comercializada na cidade em 1995.

Desta feita, pode-se constatar que o uso de drogas, e não menos presente no caso do crack, causa um aumento visível nos crimes de natureza violenta, como assaltos e homicídios, gerado tanto pelos efeitos próprios da droga, como a compulsão e o comportamento violento, como pelos padrões não ortodoxos de resolução de problemas entre traficantes e, até mesmo, entre os próprios usuários.

1.5 Tratamentos aos viciados

O direito à saúde, em razão de sua natureza de direito social e não individual, efetiva-se através de medidas positivas por parte do Estado e, em especial, o legislador. Nesse contexto é que a Lei 10.216/01 veio assegurar, mesmo que de maneira deficitária, o cumprimento desse direito no que tange aos cuidados com as pessoas portadoras de transtornos mentais.

O novo modelo adotado por essa legislação deu preferência a mecanismos que se distanciem dos internamentos, dado o alto grau de lesão a direitos inerente de tal modelo de tratamento. Com isso, incentivou-se a opção por tratamentos ambulatoriais e domiciliares, nos quais se oferece ao doente um convívio social básico.

Além disso, instituiu-se o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), considerados estratégicos para a rede de proteção à saúde mental. Esses são locais nos quais o doente mental recebe toda sorte de assistência, possibilitando um convívio social e um tratamento mais humanizado.

A despeito de sua importância estratégica, o CAPS não é o único integrante da chamada rede de proteção à saúde mental, a qual também é composto de: atenção básica (AB), residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência e clubes de lazer.(LIMA, 2009)

Essa rede buscou dar tratamento mais humano ao portador de doença mental, inserindo seus cuidados em um contexto social. Portanto, é cristalino que tal deve ser prioridade em relação a um tratamento mais invasivo, como o é a internação compulsória. Essa deve ser aplicada apenas em casos nos quais recursos extra-hospitalares se mostrarem ineficazes para alcançar um tratamento adequado.

Além disso, há os programas ambulatoriais para o crack, os Hospitais-Dia, Prontos-Socorros de Psiquiatria da rede pública, as Moradias Assistidas, enfermarias especializadas e as Comunidades Terapêuticas. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

Ademais, cabe destacar que, além dos meios acima expostos, o Brasil ainda possui programas como o De Volta para Casa e o SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos) (LIMA, 2010). Esses são programas que, apesar de importantes alternativas para tratamento, encontram-se, ainda, muito pouco utilizados.

2 DA MEDIDA COMPULSÓRIA

Todas as ações empreendidas pelo poder público têm que possuir seu alicerce na Lei, que, por sua vez, deve estar em conformidade com a Constituição Federal.

Esse capítulo vem buscar a persecução de tais alicerces, ou a constatação da inexistência deles, quanto à medida de internação compulsória dos viciados em drogas e, para tanto, foram tomados os aspectos constitucionais inerentes ao assunto e as diversas leis acerca do tema.

A título ampliativo, foi feita, também, uma análise de um Projeto de Lei de tramitação no Senado federal com o escopo de regulamentar, dentre outros aspectos, a internação de viciados.

Ao término, foi destrinchado os pressupostos de necessidade que tal medida poderia exigir e a presença deles na realidade dos viciados em situação de rua que habitam a região da Nova Luz.

2.1 Aspectos e controvérsias constitucionais

Antes de se falar na aplicação de qualquer medida, especialmente uma que apresente tantas opiniões divergentes como a da Internação Compulsória, deve-se fazer uma análise de sua conformidade com os direitos e garantias assegurados pela Carta Magna.

Ponto que gera discórdia entre estudiosos é quanto ao desrespeito ao direito fundamental da liberdade frente à preservação da Saúde, também garantida na constituição como direito fundamental.

Não há, porém, que se falar em qualquer análise acerca desses pontos, sem que antes seja feita uma dissecação do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, norte de toda a ordem constitucional, e da implicação que possui na definição de qualquer viabilidade de uma medida tão invasiva quanto aquela supracitada.

2.1.1 *Princípio da dignidade da pessoa humana*

Cumpre informar que, primeiramente, antes de aparecer como conceito jurídico, correlacionado com o direito, a dignidade humana já esteve ligada à religião, à Filosofia e à Política. A esta última esteve ligada até as décadas finais do século XX; quando, então, se aproximou do Direito, ganhando, também o *status* de princípio jurídico. (BARROSO, 2010)

Pela primeira vez na história brasileira, tal princípio vem expressamente consagrado pela constituição pátria, tendo sido elevado, pelo artigo 1º da CF/88, ao rol de fundamentos da República Federativa do Brasil. (BRASIL, 1988)

Nos casos difíceis, segundo o jurista Luís Roberto Barroso (2010), para os quais não há solução pré-pronta no direito posto, a solução constitucionalmente adequada precisa recorrer a elementos extrajurídicos, como a filosofia moral e a política e, dentre outros, à dignidade da pessoa humana.

Cumpre, antes de mais nada, conceituar princípios e regras. Para Barroso (BARROSO, 2010), aqueles são normas cuja medida da dimensão de peso ou importância somente pode ser feita diante do caso concreto. Já as regras são normas postas em que ou são aplicadas de maneira completa, por inteiro, sem ponderações; ou não o são.

Já Leo Van Holthe (2010) diferencia princípios e normas em 5 aspectos:

1. Princípios possuem alta carga valorativa, abrigando os valores fundamentais do ordenamento jurídico. Regras limitam-se a descrever uma situação de fato e a prescrever uma consequência para tal conduta.
2. Princípios são genéricos; normas descrevem situações específicas, possuindo pequeno grau de generalidade e abstração.
3. Há uma multifuncionalidade nos princípios, já que podem ser usados tanto na criação, interpretação e aplicação de regras onde há lacunas, como na harmonização de valores

fundamentais. Já as regras são unifuncionais, haja vista terem a única função de produzir efeitos jurídicos às situações que tutelam.

4. As regras, presente a situação fática discriminada, têm aplicação plena. Quanto aos princípios, há que se exigir um maior esforço hermenêutico do intérprete, o qual terá de realizar ponderações, mediando os diversos princípios atinentes ao caso concreto.
5. Às regras, aplica-se a lógica do **“tudo ou nada”**, na qual ou a regra é válida e se aplica integralmente, ou, então, não é válida e não se aplica. Já quanto aos princípios, impera a regra da reserva do possível, onde deve haver uma gradação e uma ponderação na aplicação destes, segundo os interesses em jogo no caso concreto

Para a aplicação de algum princípio leva-se em conta a aplicação de outros princípios, bem como a situação fática presente ao caso.

Princípios estão sempre sujeitos à ponderação e à proporcionalidade, e seu objetivo pode ser relativizado diante de elementos contrapostos. Por outro lado, são preceitos jurídicos com certa carga axiológica, ou seja, tratam de valores ou indicam um fim a ser alcançado, sem, contudo, determinar procedimentos específicos para tal.(BARROSO, 2010)

Além disso, para o autor, seu papel no mundo jurídico contrasta com o das regras, na medida em que eles se fazem presentes em outras normas, controlando-lhes o sentido e o alcance.

O autor salienta, ainda, que os princípios apresentam três modalidades de eficácia: a) a direta, quando incide sobre a realidade, nos moldes de uma norma; b) eficácia interpretativa, quando servem de base para valorar e atribuir pesos a determinadas normas conflitantes; e c) a negativa, quando o princípio é aplicado para paralisar a utilização de qualquer norma ou ato jurídico incompatíveis com o preceituado por ele.(BARROSO, 2010)

A dignidade humana é, em princípio, base que serve de norte para a resolução de conflitos entre outros princípios ou entre direitos. Além disso, ela, em geral, deverá ter precedência em casos nos quais o conflito seja entre ela e outros princípios.

Nas palavras de Leo Van Holthe (2010, p. 89):

Dos princípios fundamentais do Estado Brasileiro contidos no artigo 1º da Carta Magna, destaca-se o princípio da dignidade da pessoa humana como valor jurídico de maior hierarquia axiológica do nosso ordenamento constitucional (ao lado, apenas, do direito à vida). Com efeito, a doutrina pátria considera o referido princípio como valor supremo do Estado Democrático de Direito, além de ser fator de legitimação do exercício do poder estatal, exigindo que a atuação dos poderes públicos e de toda a sociedade tenha como finalidade precípua respeitar e promover a dignidade da pessoa humana.

Barroso (2010) cita Kant, a fim de realizar uma definição de autonomia como sendo a expressão da livre vontade, a capacidade de se autodeterminar. Ele expõe essa ideia para afirmar que, segundo o filósofo, em um mundo em que todos orientem suas condutas pelo *imperativo categórico*, a saber, a ideia de uma ação boa e necessária em si mesma, sem um fim específico, tudo tem seu preço ou sua dignidade. Ou seja, tudo que tem um preço pode ser trocado, porém, quando algo está acima de qualquer preço, ele tem dignidade. Logo coisas têm preço e pessoas, dignidade.

Coloca-se a dignidade da pessoa humana como algo inerente a todos os seres humanos, que os distingue dos outros seres vivos ou das coisas. É um valor intrínseco da pessoa humana que não tem preço e cuja condição singular é justificada por atributos como a inteligência, a sensibilidade e a comunicação. (GRECO, 2011)

No plano jurídico, o princípio origina uma série de direitos fundamentais, como o direito à vida, à saúde, à integridade física e à integridade moral e psíquica. Ainda nesse plano, origina a situação de proteção da pessoa contra si mesma, visando a repelir condutas auto-lesivas à sua própria dignidade. (SARLET e outros, 2013)

Sarlet e outros (2013) salientam que a dignidade possui uma dimensão dúplice, sendo, concomitantemente, expressão da autonomia individual da pessoa humana, bem como da necessidade de sua proteção por parte do Estado e da sociedade, principalmente quando ausente a capacidade de autodeterminar-se.

Ingo Wolfgang e outros (2013, p. 30) expõem, magnificamente, esse pensamento da seguinte forma:

A partir do exposto, sustenta-se que a dignidade possui uma dimensão dúplice, que se manifesta enquanto simultaneamente expressão da autonomia da pessoa humana (vinculada à idéia de autodeterminação no que diz com as decisões essenciais a respeito da própria existência), bem como da necessidade de sua proteção (assistência) por parte da comunidade e do Estado, especialmente quando fragilizada ou até mesmo – e principalmente – quando ausente a capacidade de autodeterminação. Assim, de acordo com Martin Koppernock, a dignidade, na sua perspectiva assistencial (protetiva) da pessoa humana, poderá, dadas as circunstâncias, prevalecer em face da dimensão autonômica, de tal sorte que, todo aquele a quem faltarem as condições para uma decisão própria e responsável (de modo especial no âmbito da biomedicina e bioética) poderá até mesmo perder – pela nomeação eventual de um curador ou submissão involuntária a tratamento médico e/ou internação – o exercício pessoal de sua capacidade de autodeterminação, restando-lhe, contudo, o direito a ser tratado com dignidade (protegido e assistido).

O princípio possui, também, como conteúdo, a autonomia da vontade, que, conforme já relatado, é a capacidade de se autodeterminar, de decidir os rumos da própria vida e desenvolver livremente sua personalidade. Por trás desse conceito, está a ideia de um ser consciente, dotado de vontade livre. (BARROSO, 2010)

Logo, ela pressupõe determinadas condições dentre as quais está o fato de que para usufruí-la é preciso que haja possibilidade concreta e objetiva de decisão e escolha, não havendo qualquer espécie de influência ou cerceamento sobre tal condição.

Como último conteúdo integrante desse preceito, está o valor comunitário, ou seja, a dignidade como heteronomia. Isso traduz responsabilidades e deveres, oriundos das escolhas de cada um, perante a comunidade, segundo os padrões civilizatórios desta. Funciona como um obstáculo externo à autodeterminação. A dignidade molda o conteúdo e o limite dessa liberdade. Isso

objetiva promover: a) a proteção do próprio indivíduo contra atos autorrecorrentes; b) proteção dos direitos de terceiros; e c) proteção dos valores sociais. (BARROSO, 2010)

O autor faz, porém, um alerta para a necessidade de se ter especial cautela para não acabar incidindo em erros como: a) empregar a expressão dignidade humana em prol da defesa de políticas paternalistas; b) enfraquecer direitos fundamentais ao se deparar com uma colisão destes com as “razões de Estado”, como ordem pública, interesse público e a moralidade pública; e c) identificação errônea dos valores da comunidade.

Com efeito, no tocante à proteção do indivíduo em face de si mesmo, há diversos julgados no âmbito internacional que corroboram com esse entendimento. O caso do anão que se viu proibido, pela justiça, de se voluntariar para participar da atividade festiva de arremesso de anão, que ocorreu na França, é um exemplo clássico destas ideias. Outro a se citar é o caso da criminalização, decidida pela justiça do Rein Unido, da prática de sadomasoquismo. Isso demonstra a possibilidade de se legitimar restrições à liberdade com fundamento na proteção à dignidade do próprio sujeito, delineada com base em ideais socialmente admitidos. Nesse ínterim, encontra-se, também, a possibilidade da legítima restrição à vida privada, a fim de se proteger os direitos de terceiros ou para impor certos valores sociais. Isso é válido para situações como a defesa da vida, repressão à pedofilia ou limitação da liberdade de expressão. (BARROSO, 2010)

Para se impor valores socialmente admitidos, em nome da dignidade como valor comunitário, deverá haver respeito a uma fundamentação racional consistente, levando em conta: a) se existe um direito fundamental em jogo; b) se há forte consenso social a respeito do assunto; e c) se é o caso de perigo real ao direito de *outrem*. (BARROSO, 2010)

2.1.2 *Direitos fundamentais à saúde e à liberdade*

2.1.2.1 **Da Liberdade**

Antes de se falar a respeito do direito à liberdade subjetiva do indivíduo, convém conceituar o que vem a ser liberdade.

Fulton J. Sheen (1962) entende que a liberdade está atrelada a uma causa, a uma razão para ser livre. Segundo ele, estar livre significa estar livre para alguma coisa. Portanto, somente uma causa justa e idônea legitima a liberdade. Nesse sentido, o filósofo faz, ainda, uma distinção entre liberdade física e moral.

A primeira está atrelada a um poder, ou seja, o indivíduo pode fazer o que quiser, porém para ele, essa não é uma forma correta de se exercer a liberdade. Já a segunda forma, a moral, está relacionada a dever, pois a pessoa somente está livre se estiver sujeita a regras e deveres que se destinam a levar o indivíduo a um bem estar social. Fazer o que se deve é uma forma mais elevada da liberdade. Há, com efeito, limites à liberdade, como o há para todos os direitos sociais. Esta deve estar subordinada ao bem comum.

Portanto, a partir do momento em que suas ações prejudicam outras pessoas, essa liberdade deve ser limitada. Segundo o autor, liberdade irrestrita conduz à anarquia.

Toda ação tem uma consequência e, ao passo que essa transcende o plano individual e alcança o coletivo, toda a ação livre se torna limitada, posto que a liberdade coletiva limita a individual.

Ser livre, portanto, pressupõe estar de acordo com as leis e ditames sociais; haja vista que se todos fizessem tudo aquilo que a vontade ordenasse, haveria liberdade para uns e total cárcere para outros, posto que estes veriam usurpados os seus direitos sociais básicos.

Com efeito, a vida em sociedade implica que cada indivíduo é detentor de uma liberdade individual limitada pela liberdade coletiva; o que significa dizer que a qualquer cidadão é posto fazer uso de substâncias que o entorpeçam. Porém, essa possibilidade acaba no momento em que o hábito limita ou prejudica os

direitos de outros seres sociais, de modo que a sociedade se torna prejudicada com o descumprimento dos deveres desse indivíduo para com ela.

Isto se conduz, também, através das palavras do Barão de Montesquieu (2000, p.200):

É verdade que nas democracias o povo parece fazer o que quer, mas a liberdade política não consiste nisso. Num Estado, isto é, numa sociedade em que há leis, a liberdade não pode consistir senão em poder fazer o que se deve querer e em não ser constrangido a fazer o que não se deve desejar. Deve-se ter sempre em mente o que é independência e o que é liberdade. A liberdade é o direito de fazer tudo o que as leis permitem; se um cidadão pudesse fazer tudo o que elas proíbem, não teria mais liberdade, porque os outros também teriam tal poder.

Não se pretende aqui, no entanto, sugerir os trilhos do pensamento de Platão a respeito do tema em comento; posto que o mestre grego acometia à liberdade um sentido deveras restrito, designando que o indivíduo teria seu livre arbítrio limitado aos parâmetros designados pela “polis”, cabendo ao governo apontar os indivíduos para as suas respectivas classes e tarefas. Considerava-o como sendo somente a parte de um todo. (SILVA, 1997)

Mesmo na concepção de seu pupilo Aristóteles, que adotava uma conceituação menos limitada de liberdade, a qual, ainda assim, não elevava a liberdade subjetiva a um patamar superior ao dos interesses coletivos; não se vislumbra aceitável na sociedade atual. (SILVA, 1997)

Tampouco se pretende coadunar à ideia de sugerir, que se substitua o ideal de liberdade como um direito para a de uma liberdade-dever, reconhecendo no Estado o direito de obrigar o indivíduo a trabalhar, a instruir-se e a fazer valer os capitais que detém como proprietário.

O que se almeja é observar que, de acordo com cada ação livre do indivíduo - e por ação livre referimo-nos àquela proveniente da vontade sem ingerências externas, como o nadar de um peixe ou o retorno de um peregrino a seu lar – pode-se ou não advir consequências a terceiros e, a depender dessas, o Estado tem o poder-dever de intervir.

É inevitável que, em uma sociedade na qual não houvesse Estado ou este fosse omissivo quanto ao controle de certas ações dos indivíduos, aquelas pessoas mais vulneráveis a determinadas atitudes de outros veriam sua autoproteção maculada pela ação destes.

Ou seja, é lícito qualquer Estado que intervenha a fim de evitar que uma ação proveniente do livre-arbítrio individual de um cidadão influa na vida e no bem-estar de outro. Em outras palavras, ao Estado somente é dado interferir em uma ação individual se, e somente se, houver uma necessária proteção de outrem.

Com efeito, a pessoa não pode ser compelida a algo se a única razão para isso seja a defesa daquilo que julga-se ser melhor para ela; ou porque a fará mais feliz, ou porque seja o mais sábio a fazer.

Essas podem ser razões que justifiquem, somente, admoestar, discutir, persuadir o indivíduo a transmutar sua preferência e sua consciência.

Ademais, há que se notar que não existe uma forma de se alcançar uma liberdade total, vez que o indivíduo sempre estará submetido a uma espécie de controle. Esse controle pode ser exercido por outras pessoas, por grupos de pessoas, por aspectos do ambiente ou por nuances subjetivas do próprio indivíduo. (JUNIOR, 2000)

Ou seja, o controle faz parte do ambiente humano e não existe situação em que ele não esteja presente, pois mesmo que a pessoa esteja fazendo algo que queira, só o faz porque viu alguém fazendo ou está respondendo a uma necessidade interna de seu organismo.

Com efeito, o indivíduo inicia o consumo de drogas movido, em geral, por uma contingência social, porque viu alguém usando ou porque disseram - lhe que seria bom se fizesse uso. Logo, mesmo que imperceptível a seus olhos, o indivíduo que fez uso de entorpecentes, somente o fez porque foi movido por alguma espécie de controle, via de regra, social.

Nestes termos, é imperioso citar a colocação do psicólogo Adilson Kliker Pêres Júnior (2000, p.32-35):

A universalidade e a inevitabilidade do controle pelo ambiente é evidente dentro da mais simples análise do comportamento de qualquer espécie.

Negar a existência do controle do comportamento é adiar a busca por um modo efetivo de sanar os problemas humanos decorrentes do comportamento. E a liberdade é um deles.

Ademais, o viciado não continua usando a droga em virtude de sua vontade pura, mas devido a um desejo que ele não controla, mas sim por este é controlado, e que passa a guiar todas as suas ações. Aliás, o desejo aqui é o único determinante, mas não um desejo puro, como o de um pai em ver um filho ou de um esportista pela vitória, e sim um artificial, produto de uma fissura que deixa-o sem desejo por qualquer outro elemento da sua vida.

Portanto, é de se esperar que o indivíduo dominado por esta forma de controle não esteja em pleno exercício de sua liberdade, posto que está envolvido por uma ingerência incomum e muito mais forte que o de qualquer outro aspecto de sua vida.

Nesse aspecto, convém apresentar o entendimento da corte paulista acerca do assunto (TJSP, 2013b):

APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - Internação compulsória de dependente químico e em álcool em clínica especializada às expensas da Municipalidade Autora que promoveu ação contra a Municipalidade e seu filho Sentença que indeferiu liminarmente a inicial, por ilegitimidade ativa da autora - O fato da autora ser genitora de dependente químico e alcoólatra, confere-lhe legitimidade para postular a internação do filho em Juízo, pois ainda que o mesmo seja maior e não tenha sido declarado incapaz judicialmente, é fato notório que pessoas dependentes de drogas e de álcool não tem discernimento para se internarem voluntariamente em clínica especializada para tratamento
Inteligência dos arts. 3º e 6º da Lei Federal nº 10.216/2001 e art. 11 do Decreto Federal nº 24.559/1934 O bem jurídico que se visa tutelar é a saúde, a integridade física e mental, e a própria vida assegurado a todo cidadão decorrente do dever do "Estado" em sentido genérico, e consagrado constitucionalmente como direito fundamental da dignidade da pessoa humana (inciso III do art. 1º da CF) Legitimidade da autora, ora genitora, reconhecida Precedentes - Sentença de extinção do feito afastada - Recurso da autora provido para o fim de afastar o indeferimento da petição inicial, com o retorno do feito à origem para prosseguimento. (grifo nosso)

Neste ínterim, cumpre salientar que, mesmo se considerado em pleno uso de sua convicção idônea, o viciado acaba por prejudicar toda a rede social da qual faz parte, de modo que todos aqueles que convivam ou dependam dele acabam se prejudicando e tendo algum aspecto de sua vida afetado pelo problema.

O viciado denega cuidados necessários à família, em virtude de abdicar de coisas importantes como o emprego e o convívio com seus entes para dedicar-se unicamente a nutrir seu vício. Logo, ele acaba por afetar direitos de outras pessoas que dele dependem para sobreviver com dignidade. Nesta trilha, condiz oportunizar a leitura do trecho da obra do filósofo e economista inglês Jhon Stuart Mill (1991, p. 55):

Uma pessoa pode causar dano a outra não apenas pelas suas ações, mas ainda pela sua inação, e em ambos os casos é justo que responda para com a outra pela injúria.

Neste trilho pode-se citar o direito garantido pela própria Constituição Federal (1988, art. 229) de toda criança à saúde; à educação e à moradia dignas e o dever, tanto do Estado, como de seus pais, em garanti-los. Entretanto, um pai de família que se entrega à adicção em drogas torna-se, por óbvio, incapaz de cumprir com essa tarefa.

Com a mesma avidez, cumpre ressaltar que há estreita relação entre o consumo de drogas e a criminalidade, de formas que o hábito e o uso constante de substâncias psicotrópicas afetam não somente aquelas pessoas supracitadas, como também a sociedade em geral.(RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

O adicto, ao comprar a droga, está contribuindo para o aumento do poder do traficante, que consegue mais recursos para comprar armas e garantir o seu negócio ilícito. Com a mesma sordidez, encontram-se os atos provenientes do próprio viciado, o qual acaba, por vezes, tendo que recorrer a roubos, furtos e outros delitos para garantir seu vício.(RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

Faz-se cristalino, portanto, que, além de não utilizar a droga por pura e simples vontade própria e espontânea, o indivíduo acaba por alterar a vida de outras pessoas, as quais sofrem consequências graves pelo fato de um ente a que tanto quer e do qual, muitas vezes, depende para ter uma vida saudável. Estes,

además, correm sérios riscos de perpetuarem a situação e, a exemplo de seu familiar, tornarem-se, também, toxicômanos.

Además, convém, ainda, observar o disposto no artigo 29 da Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948):

1. O indivíduo tem deveres para com a comunidade, fora da qual não é possível o livre e pleno desenvolvimento da sua personalidade. 2. No exercício destes direitos e no gozo destas liberdades ninguém está sujeito senão às limitações estabelecidas pela lei com vista exclusivamente a promover o reconhecimento e o respeito dos direitos e liberdades dos outros e a fim de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar numa sociedade democrática. 3. Em caso algum estes direitos e liberdades poderão ser exercidos contrariamente aos fins e aos princípios das Nações Unidas.

E, ainda, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (MONDAINI, 2006, p. 66):

IV- A liberdade consiste em fazer tudo aquilo que não prejudique a outrem. Assim, o exercício dos direitos naturais de cada homem não tem outros limites senão os que assegurem aos outros membros da sociedade o gozo desses mesmos direitos; esses limites não podem ser determinados senão pela lei.

Por fim, é mister que os ensinamentos de Stuart Mill (1991, p. 122-123) sejam acionados, em especial, no que concerne ao que pensa o autor sobre quando deve, o Estado, agir:

Finalmente, se por seus vícios e tolices, alguém não causa diretamente dano a outrem, contudo – pode-se dizer - é nocivo pelo exemplo, e deve ser coagido a controlar-se, em benefício daqueles que à vista ou ao conhecimento de tal conduta, poderia corromper ou desencaminhar.

2.1.2.2 Da Saúde

Cumpre, logo, proceder a um estudo do direito fundamental à saúde, tendo em vista subsidiar uma melhor compreensão dos princípios constitucionais que têm relevância para o objeto do presente estudo.

O direito em comento é garantido pela Constituição da República (1988) em seus artigos 6º e 196 a 200; bem como pelo Pacto Internacional dos

Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), em seu artigo 12; pela Convenção dos Direitos da Criança; e pela Convenção Americana dos Direitos Humanos (1989).

O documento de 88 outorgou à saúde uma proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem constitucional, elencando-a como direito fundamental, outorgando-lhe, por isso, a dupla fundamentalidade formal e material que esses direitos comungam. (SARLET, 2007)

Segundo Ingo Wolfgang Sarlet (2007), a primeira espécie se encontra ligada ao direito constitucional positivo e possui três características: a) situam-se no topo de toda a ordem jurídica, tratando-se, com isso, de norma de hierarquia superior; b) encontram-se submetidos a procedimento mais rigoroso para sua modificação e à condição de “cláusula pétrea”; e c) são diretamente aplicáveis e obrigam diretamente os entes do Estado e os privados.

A fundamentalidade material, para o autor, diz respeito à sua relevância como bem jurídico tutelado pela constituição e à importância para a existência humana. Algo inquestionável sob qualquer ponto de vista.

Em seu artigo 196, a carta magna impõe ser dever do Estado os cuidados com a saúde da população, o que significa que ele deve se valer de políticas públicas que garantam, eficientemente, a população contra doenças e outras mazelas, tanto físicas como mentais. (BRASIL, 1988)

Por força do artigo 5º, § 1º, da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde possui aplicabilidade imediata, haja vista que tal artigo assim o determina a todos os direitos fundamentais. Previsto principalmente naquele artigo 196, o direito em comento encontra sustento, também, nos artigos 23, inciso II; 24, inciso XII e 30, inciso VII. (BRASIL, 1988)

No entanto, sua fundamentalidade não advém da posição na qual foi colocado no texto constitucional, mas sim em função de “sua indissociável vinculação ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana” (LIMA, 2010, p. 55). Segundo a autora, àquele que não houve assegurado o direito à saúde, não é dado exercer os demais direitos fundamentais.

Ademais, não se pode esperar por uma iniciativa do legislativo para se proceder à aplicação desse direito, conforme já decidiu o Supremo Tribunal Federal (STF, 2000), que determinou o entendimento de que a norma do artigo 196 da CF/88 não pode constituir-se em promessa constitucional irresponsável e vazia de consequências práticas.

Apesar do que explica Vanessa Batista Oliveira Lima (2010, p.31), ao relatar que “os princípios jusfundamentais aplicam-se de maneira gradual, dentro dos limites práticos e jurídicos”, isso não pode ser alicerce para uma disposição política deficitária na garantia de todas as implicações que tal direito impõe.

Cumpre-se, então, salientar que o direito à saúde abarca um campo amplo de subdivisões, entre elas, a proteção da saúde mental. Convém, então, definir o conceito de saúde mental. Para a OMS (2001), o conceito de saúde mental abrange, entre outros, o bem-estar subjetivo, a autonomia e a auto-realização do potencial intelectual da pessoa.

Para o organismo internacional, saúde mental não é apenas ausência de transtorno mental. É definida como um estado de bem-estar que permite que cada indivíduo se conscientize de seu próprio potencial, lide com o *stress* normal da vida, possa trabalhar produtiva e proveitosamente e seja capaz de dar a sua contribuição à sociedade. (OMS, 2001)

Conforme tal entendimento, pode-se presumir que uma pessoa tóxico-dependente enquadra-se perfeitamente no perfil de alguém com saúde mental abalada. Esse cidadão é incapaz de se autodeterminar e de tomar escolhas, de levar uma vida saudável, utilizando-se de sua plena capacidade mental e física e contribuindo para a sua comunidade.

Com isso, como será exposto mais claramente em tópico futuro, o adicto em substância entorpecente é, sim, equiparado a um doente mental para todos os efeitos legais; fazendo jus, portanto, às proteções legais e constitucionais que qualquer doente, em especial aquele portador de transtorno mental, possui.

Cristalino se faz que, em situações nas quais não se vê garantido o direito à saúde, também não existe e não é garantida a proteção à vida e à integridade física do indivíduo.

A saúde, além de ser direito, também é dever, conforme pode-se constatar do artigo 196 da constituição, o qual dispõe que: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado*”, alinhavando a obrigação do Estado de efetivar este direito. (BRASIL, 1988)

Corrobora com esse entendimento a jurisprudência do egrégio Superior Tribunal de Justiça, que, ao julgar o HC 51.324 (STJ, 2010), determinou que a saúde, sendo direito fundamental e mantenedor da dignidade humana, deve ter do Estado ações que visem a redução dos riscos e doenças e outros agravos.

Por outro lado, há, como já relatado, também, o dever do próprio sujeito para com a sua saúde. Com base nisso é que, a depender do caso concreto, pode-se invocar uma proteção da pessoa contra si mesma, tendo em vista o caráter irrenunciável desse direito.

Complementa, ainda, Sarlet (2007) que o direito em comento, como direito fundamental, possui duas funções, a saber, direito de defesa (negativo) e direito a prestações (positivo). O primeiro pode ser avaliado como sendo um direito de defesa contra ingerências indevidas por parte do Estado e terceiros na saúde do cidadão. Já a positiva é aquela que impõe um dever ao Estado de realizar medidas que tenham a finalidade de efetivar este direito.

Da negativa, pode-se inferir que a saúde encontra-se protegida contra qualquer agressão do Estado, de outras pessoas ou do próprio sujeito. Esses agentes têm o dever de nada fazer para macular a saúde do cidadão. (SARLET, 2007)

2.2 Conceito e legislação aplicável

2.2.1 Internação compulsória e a Lei 10.216/2001

Há a previsão para esse tipo de medida desde muitos anos atrás, já que no ordenamento pátrio existe o, ainda vigente, Decreto-Lei 891, de 25 de novembro de 1938, o qual reconhece o dependente químico como “doente” e carente de cuidados especiais. Determina, ainda, o referido decreto que é defeso o tratamento domiciliar aos dependentes nos casos de imprescindibilidade do tratamento compulsório ou se conveniente para a ordem pública. Isso reforça a figura da internação obrigatória (BISCHOFF, 2012).

Com o advento da Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, ficou estabelecido que as inovações desta abrangeriam todos aqueles acometidos por transtorno mental, inclusive dependentes químicos. Esta lei passou a garantir a esses cidadãos direitos que pareciam ignorados pelo decreto de 38, como pode-se constatar no artigo 2º da nova lei (BRASIL, 2001).

A lei da reforma psiquiátrica estabeleceu que os indivíduos alvo dela não poderiam ter seus tratamentos realizados em instituições com características asilares (art. 4º, § 3º). Além disso, transformou a internação compulsória em medida excepcional, que somente deve ser utilizada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para o tratamento daqueles indivíduos (art. 4º, caput) (BISCHOFF, 2012) e (DORNELLES, 2012)

Convém observar que a Lei 10.216/01 estabelece três tipos de internação para pessoas portadoras de transtornos mentais: a voluntária, que se dá com o consentimento do usuário; a Involuntária, quando não há consentimento do portador do transtorno, mas há pedido de terceiro; e a compulsória, quando determinada pela Justiça. Apesar de na primeira haver a presença do elemento volitivo do usuário, nos três casos é necessário a constatação do transtorno mental por laudo médico (BRASIL, 2001).

A modalidade compulsória requer a conexão da área médica, tendo em vista a necessidade do laudo psiquiátrico, e da jurídica, com a manifestação do juiz proferindo a decisão de internar ou não (BISCHOFF, 2012). Isto se observa a

partir do exposto no artigo 15, § 4º, da Resolução nº 1598/2000 do Conselho Federal de medicina, a qual preconiza que:

Art. 15 [...]

Parágrafo quarto – A internação compulsória por decisão judicial resulta da decisão de um magistrado.(CFM, 2000)

Portanto, é necessário que seja feito por meio de “Processo Judicial Legalmente instituído; com interesse de agir, legitimidade das partes, justa causa e possibilidade jurídica do pedido”. (JÚNIOR e VENTURA, 2013, p. 255)

Bischoff (2012) ressalta que essa decisão do magistrado possui natureza cogente, obrigando sua aplicação de imediato, mesmo que haja divergência com o laudo psiquiátrico do respectivo usuário. Com efeito, podem ocorrer casos nos quais indivíduos sem transtorno mental ou perfil para tal internação seja mantido privado de sua liberdade, ocorrendo uma institucionalização deste, tendo em vista serem privados do convívio social.

Nesse sentido já se manifestou o Conselho Nacional de Justiça, em seu provimento nº4, determinando que ao judiciário cabe apenas o encaminhamento do usuário, não podendo determinar o tipo de tratamento, sua duração e nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação (CNJ, 2010).

Outrossim, para ser alvo dessa medida, a pessoa tem que ter sua capacidade de discernimento reduzida. Essa capacidade deve ser aferida sob um determinado contexto fático no qual cada indivíduo se insere, não sendo o bastante utilizar-se de critérios meramente biológicos para tal (BISCHOFF, 2012).

Primeiramente, convém destrinchar o conceito de discernir. Segundo BISCHOFF (2012), isto significa, em resumo, decidir analisando consequências e fatos circundados ao momento. A partir disso, pode-se constatar que o conceito de capacidade de discernimento não é geral, aplicando-se, então, a ideia de que pode ser que haja capacidade de discernir em certos atos e fatos e, em outros, não.

Nesse trilha, DORNELLES (2012) expõe, ainda, que quando se tratar de pessoa maior de idade, esta possui plenas condições de recusar

tratamento. Apenas quando se constatar, efetivamente, a ausência da capacidade de discernir, é que pode-se decidir por ela.

Portanto, até que o contrário seja efetivamente contemplado, o usuário mantém consigo a capacidade de escolha e consciência de seus atos. Logo, qualquer interferência na sua livre vontade e em sua liberdade sem a prévia e efetiva constatação da falta daquela capacidade, é uma medida abusiva e ilegal.

Convém lembrar, também, que essa medida representa, mais que tudo, uma proteção da coletividade. Logo, cabe ao magistrado julgar eficazmente qual dos interesses deve prevalecer, se o coletivo ou o individual.

A esse respeito, é mister recordar o preceituado nas teorias positivista de Hart e pós-positivista de Dworkin. O primeiro autor considerava ser possível a resolução do chamado *caso difícil* apenas através da discricionariedade e livre convencimento do juiz. Já o segundo preceituava que o magistrado não pode criar o direito e para resolver aqueles casos deveria se utilizar dos princípios do direito, ponderando-se sempre que os individuais devem prevalecer sobre os coletivos, posto que o modelo ideal de comunidade, segundo ele, é aquele pautado no respeito e na consideração recíprocos, o que significa que os cidadãos são defensores tanto dos interesses próprios como dos interesses individuais dos demais integrantes da sociedade (BISCHOFF, 2012).

A Lei 10.216/01 é a única fonte normativa acerca da disciplina das internações compulsórias no Brasil. Importante salientar que a competência para legislar em matéria de saúde é da União. Porém, os estados possuem competência concorrente para tratar de tal matéria. Convém lembrar, entretanto, que resoluções dos conselhos de classes profissionais vinculam apenas o exercício das respectivas atividades profissionais, não obrigando mais ninguém. Essas podem servir apenas como auxílio para eventual tomada de decisão do juiz.

Na lei, encontram-se apenas determinações principiológicas e genéricas acerca da aplicação das internações, sejam elas voluntárias, involuntárias ou compulsórias, de sorte que merece ser contemplada com uma disciplina mais específica acerca da matéria.

O fato de não haver, na lei, qualquer menção aos parâmetros que o médico psiquiatra deva adotar para recomendar a internação compulsória é um exemplo de omissão do legislador que tem de ser revista. Outro exemplo é a falta de mecanismos dispostos pela lei para controlar abusos e omissões por ocasião das internações; bem como a ausência de previsão de medida a se tomar por ocasião de eventual vício no consentimento da internação voluntária.

Outro ponto a se normatizar é a forma como se dará a admissão e o tratamento do doente. A respeito da admissão, deve-se definir qual o quadro mental que justifica tal medida e como se dará a sua avaliação. Já quanto ao tratamento, merece definição os seguintes tópicos, segundo Lima (2010, p.97):

- (v) Perfil da instituição em que se dará a internação: deverá a lei especificar as características mínimas e indispensáveis da instituição em que se dará a internação psiquiátrica, tanto com relação ao que pode ser denominado 'condições sócio-ambientais', as quais dizem respeito ao dia a dia dos pacientes internados, às práticas e regras adotadas pela Instituição que afetam a vida diária do paciente (por exemplo, se lhe é (ou não) assegurada a privacidade e a visitação, o acesso à educação e ao lazer, entre outras coisas), como também com relação ao que se pode denominar 'condições estritamente físicas', isto é, aquelas circunstâncias que dizem respeito, por exemplo, ao lugar que a Instituição disponibiliza ao paciente para dormir, fazer suas refeições e suas necessidades fisiológicas, à existência ou não de pátio com acesso ao sol etc.;
- (vi) Técnicas terapêuticas durante a internação: deve a lei especificar as técnicas de tratamento autorizadas no curso da internação e quais as que são banidas;
- (vii) Duração e término da IPI: deve a lei se posicionar sobre a duração da internação e as condições de sua cessação, inclusive no que diz com a necessidade de revisões periódicas etc.

Porém, a mais aviltante omissão do texto normativo em comento é a falta de uma definição da duração e término da internação compulsória, haja vista que tal ausência implica caminho livre ao arbítrio e à violação de direitos fundamentais.

Ademais, cumpre ressaltar que ao magistrado incumbe o ônus de verificar a segurança do estabelecimento que irá receber o paciente, tanto no que

cabe à proteção deste, como dos demais internados e de funcionários. Conforme artigo 9º da lei antimanicomial (BRASIL, 2001):

A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Alguns pontos merecem destaque acerca da disciplina jurídica das internações, tanto por serem de extrema relevância, como por se tratar de uma omissão legislativa.

2.2.1.1 Do estado do enfermo

Conforme citado, a lei não estabelece nenhum parâmetro mínimo a se verificar para que seja determinada a internação compulsória. Não basta que se tenha comprovado a presença de doença mental, faz-se necessário dispor qual o grau de intensidade que justifica uma internação compulsória.

Deve-se ter em mente que regular tal situação significa impedir que medida tão drástica e ofensiva a direitos fundamentais seja aplicada àquele que faria maior proveito de um tratamento extra-hospitalar, posto que não se faz necessário a aplicação de tal medida para garantia de seus direitos fundamentais. Segundo Lima (2010, p.104), a internação forçada é indicada nos seguintes casos:

- (a) o risco, ao portado de transtorno mental, de autoagressão, o que inclui o risco de suicídio, bem como o de se envolver em acidentes ou mesmo de vir a ser ferido por terceiros;
- (b) o risco de agressão a terceiros, pré-determinados ou não, pelo portador de transtorno mental;
- (c) o risco de exposição social, principalmente de natureza financeira e sexual;
- (d) o risco de sérios prejuízos físicos e mentais, risco este decorrente de incapacidade grave de autocuidados.

Deve-se, portanto, definir qual o nível de gravidade da doença enseja internação compulsória ou involuntária; o que, segundo a autora, coincide com o consenso médico acima exposto. (LIMA, 2010)

2.2.1.2 Do controle das internações

O controle dos procedimentos terapêuticos de saúde mental fica a cargo do Ministério da Saúde e dos Ministérios Públicos. Porém tais órgãos somente procedem mediante conhecimento prévio de alguma irregularidade. (LIMA, 2010)

Há, com a crescente onda de internações de viciados ocorridas principalmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, uma latente necessidade de se instituir um órgão fiscalizador para esse tipo de tratamento. Esse órgão deverá fiscalizar tanto as condições estruturais e higiênicas do estabelecimento, como também os meios empregados para tratar os pacientes.

Tal órgão merece ter sua criação imposta por lei, em virtude da necessidade de se incrustar um caráter obrigacional à sua instituição, impedindo que fique à mercê de vontades políticas.

2.2.1.3 Do vício no consentimento

A lei em comento determinou a existência de três espécies de internações: a voluntária, a involuntária e a compulsória. A primeira acontece quando há consentimento por parte do próprio paciente em internar-se. Já a segunda espécie se consubstancia por requisição de um terceiro e não possui o consentimento do internado.

A última situação ocorre através de um processo judicial e é imposta por decisão de um magistrado alicerçada em laudo médico recomendando a medida. Nesse caso, também há a ausência de consentimento por parte do paciente. (BRASIL, 2001)

O ponto que causa controvérsia, e o qual a lei se absteve de solucionar, é quando ocorre o consentimento do enfermo, conquanto esse seja viciado. Ou seja, o paciente não almejava internar-se; mas, por alguma imposição externa (coação, erro, dolo, simulação ou fraude), foi levado a fazê-lo.

Nesta toada, convém expor os ensinamentos do magistrado Flavio Lima (2009, p. 194):

É possível que o indivíduo tenha liberdade para escolher livremente, esteja livre de restrições prévias e mesmo assim encontre-se em circunstâncias coercitivas. O consentimento válido é condicionado a não utilização de pessoas sem sua anuência, através de força injustificada, de fraude, da quebra de contrato, da omissão de informações devidas contra o inocente que não consentiu. Logo, se deduz que a força, a fraude, a quebra de contrato não são erradas em si mesmas e por si mesmas, mas apenas quando usadas contra o inocente que não dá o seu consentimento.

Tal ponto poderia ser resolvido tomando-se por base o preceituado na Nova Lei de Saúde Mental Argentina (LIMA, 2010), que será abordada em tópico específico, a qual dispõe que, no caso de consentimento viciado, é mister que se enquadre a internação como involuntária, e não voluntária, aplicando-se todo o regramento a ela imposto.

2.2.1.4 Duração e Término

O legislador pátrio optou por não determinar um prazo para a duração das internações em geral e nem estipulou um critério definido para seu término, o que representa uma latente permissiva a medidas arbitrárias.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), em seu artigo 4º, § 1º, dispõe que o tratamento possui a finalidade perene de reinserir o paciente na sociedade. Diante disto, por óbvio, tal medida só pode ter uma duração que seja suficiente para cessar o perigo que o paciente representa para si ou para a sociedade.

Quanto ao término do tratamento, o texto legal também é obscuro ao tratar desse tema, ignorando qualquer menção ao fim da medida, deixando a cargo do juízo do magistrado determinar sua duração. Por isso, entende-se que este deve, fundamentadamente, ser o responsável pelo término do procedimento, em respeito ao Devido Processo Legal.

No entanto, é notório o perigo que tal condicionante pode causar, tendo em vista a possibilidade de haver uma internação com caráter perpétuo. Isso advém de um fenômeno que é dia-a-dia ratificado, a demora dos trâmites judiciais.

Dessa forma, há uma carência de regulação do rito da internação compulsória, haja vista que o término desta deve se dar imediatamente à cessação das causas que lhe deram ensejo.

2.2.2 Da Lei 11.343/06

Com o escopo de compor ideia sólida no sentido de possibilidade ou não de se internar um indivíduo viciado em crack involuntariamente, convém realizar-se uma sucinta análise da legislação especial sobre entorpecentes, Lei 11.343/06, em especial quanto a seus artigos 28 e 45, capítulo II do título III, dessa lei.

O 2º capítulo do título III da lei em comento trata das medidas de atenção e reinserção social do usuário com vistas a reintegrá-lo nas redes sociais e também daqueles que se destinam a proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo.

Em seu artigo 22, a Lei traz princípios e regras para o desenvolvimento da política da reinserção e atenção ao usuário ou dependente. Um destes, talvez o mais importante, determina que, em todas as ações que visem a reinserção e atenção ao usuário, seja respeitada a pessoa humana, os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Assistência Social.

Determina, ainda, a utilização de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e, ademais, a realização de projetos terapêuticos individualizados, respeitando as peculiaridades de cada caso.

Com isso, busca-se a redução dos riscos e dos danos sociais e à saúde, tipicamente provenientes da cultura do consumo de droga.

No caso do crack, em especial por causar uma dependência muito mais rapidamente e por ter produtos altamente tóxicos misturados ao seu ingrediente principal, somente se consegue esses objetivos, muitas vezes, através de abordagens diferentes daquelas previstas para outras drogas, utilizando-se de meios mais invasivos e eficientes, como a internação involuntária.

2.2.2.1 Do crime de uso e suas implicações para o caso

O artigo 28 da Lei 11.343 trata do crime de porte de drogas para consumo próprio. Ele trás como penas para o delito em questão um rol taxativo de 3 espécies: I – admoestação; II – prestação de serviços à comunidade e; III – medida educativa. Logo, por não trazer como sanção a pena privativa de liberdade, é entendido por alguns estudiosos como tendo descriminalizado o uso de drogas.

No entanto, o que houve, na realidade, foi um reflexo da evolução do Direito Penal, o qual verificou a crise da pena de prisão como método exclusivo de coerção estatal. (JÚNIOR, 2007)

O próprio artigo 5º da Constituição Federal, em seu inciso XLVI, preceitua: “a lei regulará a individualização da pena e adotará, **entre outras**, as seguintes: a) privação ou restrição...” (BRASIL, 1988, grifo nosso). Portanto, não são somente aquelas penas previstas na Lei de Introdução ao Código Penal e na LEP que são aptas a servirem de sanção em matéria penal, sob o risco de, nas palavras de NUCCI (2013b, p.295), “engessar o Direito Penal, paralisando-o no tempo.”

O crime em comento visa a reprimir o mal que a conduta de portar a droga para consumi-la ocasiona à saúde pública, posto que, nas palavras de Alessandra Breco, “não é admissível que se deixe de incriminar o risco que o portador gera na disseminação do vício”. A autora afirma, ainda, que o fato de a pessoa ter se autocolocado na situação de risco exclui a imputação, pois trata-se de uma tutela da saúde pública. (JUNIOR, 2007, p 164)

Ademais, trata-se de crime formal e de perigo abstrato, não importando ter havido uma efetiva lesão do bem jurídico que se almeja tutelar. Com a mesma avidez, isso importa também no fato de que a quantidade de droga portada para o consumo é irrelevante para a caracterização do delito em comento. (JUNIOR, 2007)

Corroborando com essa tese, STF (2011):

Nesse contexto, mesmo que se trate de porte de quantidade ínfima de drogas, convém que se reconheça a tipicidade material do delito para o fim de reeducar o usuário e evitar o incremento do uso indevido da substância entorpecente.

Isso importa, então, dizer que o viciado pratica, reiteradamente, esse crime por diversos momentos em seu dia-a-dia. No entanto, no caso dos usuários dependentes, deve-se remeter, também, ao artigo 45 da referida Lei.

Este trecho da Lei determina que:

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado. (BRASIL, 2006)

Percebe-se, com a leitura do “*caput*” do artigo que o legislador pretendeu utilizar-se da equiparação do dependente ao doente mental, feita pela medicina, reproduzindo o já disposto no artigo 26 do CP. (NUCCI, 2013a)

Na visão de Nucci (2013b, p 298), esse artigo é inteiramente desnecessário, haja vista os preceitos já impostos pelos artigos 26, 27 e 28 do CP. Segundo o autor:

Quem é viciado em qualquer substância entorpecente (incluindo-se, nesse contexto, o álcool), para o atual conceito médico, é doente mental. Portanto, o disposto no artigo 26 seria suficiente tanto para quem padece de uma enfermidade mental, como por exemplo, a esquizofrenia, como também para aqueles que são dependentes de drogas em geral.

Em termos práticos, o “*caput*” do artigo determina que o viciado é isento de pena, devendo pois, o juiz, absolvê-lo por falta de culpabilidade, requisito indispensável a qualquer condenação (segundo a teoria analítica do crime, a qual determina ser este um fato típico, ilícito e culpável). (NUCCI, 2013)

Portanto, o viciado não pode ser compreendido como culpado da conduta reprimida pelo artigo 28 da lei de drogas em face do exposto no “caput” do artigo 45 da mesma lei; de tal sorte que, mesmo ofendendo reiteradamente o bem jurídico tutelado pelo legislador no primeiro artigo, ao viciado não resta qualquer reprimenda do Direito Penal.

Há, entretanto, no parágrafo único do artigo em comento, uma alternativa para que o magistrado tenha a possibilidade de conferir efetividade da lei ao tóxico dependente, possibilitando que este mude sua conduta e deixe de transgredir.

Este parágrafo determina que, ao juiz é possibilitada a imposição e encaminhamento, do adicto atingido pela lei de tóxicos e absolvido nos termos do “caput” do referido artigo, a um tratamento médico adequado.

Nas palavras de NUCCI (2013b, p. 300), porém, tal parágrafo não possui nenhuma utilidade, de formas que apresenta falhas, como as menções: “absolverá o agente por força pericial” e “à época do fato previsto neste artigo”, e mostra-se muito mais uma ratificação do disposto nos artigos 96 e 97 do CP.

Quanto às falhas, aduz NUCCI (2013b, p. 300):

A terminologia é, nitidamente, inadequada, uma vez que o magistrado se vale do laudo pericial para formar o seu convencimento, mas não absolve o agente por força (obrigação, imposição, determinação) da perícia.

Ressalta, ainda, que:

Não bastasse a expressão *à época dos fatos previstos neste artigo* é incompreensível, pois o fato delituoso não é previsto neste artigo, mas sim em vários outros, onde estão os tipos penais incriminadores.

Já quanto à insuficiência de finalidade para o parágrafo, convém ressaltar que o artigo 97 do código penal já prevê que ao inimputável cabe internação forçada para delitos puníveis com reclusão, ou submissão do agente a tratamento ambulatorial, nas situações em que ter-se-ia pena de detenção.

No entanto, o parágrafo difere do artigo supracitado no que cabe a sua aplicação para aquelas pessoas que cometem o delito previsto no artigo 28 da lei 11.343/06; haja vista o fato de que o crime enunciado nesse mandamento legal não prevê pena de reclusão e nem de detenção. Portanto, conquanto o artigo 97 do CP não poder ser considerado como alternativa no caso, o artigo objeto de análise tem total aplicação.

Com efeito, cabe ao magistrado determinar ao viciado atingido pelo sistema penal em virtude de ter infringido o artigo 28 da lei de drogas que este cumpra tratamento adequado.

2.2.3 Projeto de Lei da Câmara n° 37/2013

Tramita no Senado Federal um Projeto de Lei da Câmara (PLC n° 37/2013) que objetiva alterar, dentre outras, a Lei 11.343/06 para “tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências”. (BRASIL, 2013a)

Dentre outras medidas, encontra-se a implantação expressa de duas modalidades de internação pelo novo artigo 23-A, § 3:

Art. 23-A. O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam:
[...]

§ 3º São considerados 2 (dois) tipos de internação:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II - internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

Como se pode observar, tal dispositivo elencou apenas as internações voluntária e involuntária, excluindo desse rol a modalidade compulsória.

Ademais, conforme descrito no *caput* do artigo, tais tratamento se darão, preferencialmente, em ambiente ambulatorial e, excepcionalmente, em unidades de saúde e hospitais gerais.

A segunda modalidade de internação, impõe o PLC, deverá ter início após a formalização da decisão da decisão pelo médico responsável, que deverá levar em conta o tipo de droga utilizada, o padrão desse uso e somente poderá começar o tratamento caso reste comprovada a impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde mental. Tal tratamento, consoante apregoadado pela Lei 10.216/01, somente poderá ser procedido após o esgotamento dos recursos extra-hospitalares. (BRASIL, 2013a) e (BRASIL, 2001)

Outra importante inovação inserida pelo projeto é a previsão de um prazo de duração máximo para a internação involuntária, conforme inciso III, § 5º, do artigo 23-A:

Art. 23-A

[...]

§5º A internação involuntária:

[...]

III - perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável;

A incipiente lei prevê, ainda, diversas garantias ao paciente em tratamento pelo vício em drogas, dentre elas: de que só poderão ser feitas em hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares; que deverá ser autorizada por médico registrado no CRM do mesmo Estado; o prazo máximo de noventa dias já mencionado; o dever de comunicação ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização e o sigilo das informações do paciente. (BRASIL, 2013b)

No entanto, o PLC apresenta diversas falhas e omissões, a começar pelo fato de o texto ainda dar margem ao desrespeito à regra da excepcionalidade do tratamento involuntário. Segundo a redação original, tal medida pode ser

aplicada, como visto, na hipótese de se mostrar impossível a aplicação de outras medidas terapêuticas. (BRASIL, 2013a)

Isso dá margem ao arbítrio, haja vista que bastaria ao médico avaliar que os outros métodos terapêuticos restariam ineficazes no caso concreto para que o tratamento involuntário pudesse ser aplicado.

Segundo Relatório da CCJC do Senado Federal (BRASIL, 2013b, p. 26-27), uma solução para tal defeito seria:

[...] melhor seguir o texto consagrado pelo Ministério da Saúde no art. 2º da Portaria nº 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas, estabelecendo que ela deverá ocorrer “após a utilização” das demais possibilidades terapêuticas.

Já quanto à interrupção do procedimento involuntário, a comunhão dos incisos III e IV do artigo 23-A, leva ao entendimento de que a interrupção/término poderia ser solicitado por familiar/representante legal, mas somente o médico responsável é quem poderia dar a última palavra e autorizá-lo.

Ademais, tal solicitação poderia ser, inclusive, procedida por um servidor público da área da saúde ou assistência social, nos casos em que o paciente não possui parente conhecido. Isso visa à proteção especial daqueles viciados em situação carente e sem vínculos familiares. (BRASIL, 2013a)

A lei é omissa, ainda, no que tange à fiscalização dos locais e meios de tratamento empregados, não estabelecendo que relatórios acerca destes sejam emitidos, o que representa falha latente do projeto, haja vista que tais relatórios seriam de suma importância para o controle do cumprimento estrito das normas de tratamento e dos padrões necessários de tratamento e de respeito aos direitos e garantias dos pacientes. (BRASIL, 2013a)

Nessa toada, é necessário aduzir que, ao excluir a modalidade de internação compulsória, o projeto exclui, também, a aproximação do judiciário desse tipo de medida que, por seu caráter invasivo e violador de direitos fundamentais, deveria envolver todas as esferas de poder. O legislador, ao realizar tal opção, afasta qualquer possibilidade de a medida passar pelo crivo do judiciário e ter suas legalidade e correição apreciadas por ele.

Conquanto tais falhas, percebe-se a intenção do legislador de proceder *bona fide* para o respeito às garantias e direitos dos portadores de dependência química garantidos pela constituição e por normas internacionais, sendo latente, nesse sentido, que o projeto oferece muito mais direitos e garantias aos que são por ele atingidos que a própria Lei 10.216/01.

Com efeito, a o PLC traz uma série de direitos não elencados na Lei 10.216/01 e nem, tampouco, na Lei 11.343/06; v.g: ter acesso a tratamentos que respeitem sua dignidade e consentâneos com suas necessidades; receber informações prestadas por equipe multiprofissional de saúde a respeito dos tratamentos disponíveis, incluindo os desconfortos, riscos, efeitos colaterais e benefícios associados; escolher de forma autônoma e responsável seu tratamento. (BRASIL, 2013b)

Pode-se, ainda, citar os direitos de: não ser internado contra sua vontade, exceto nas circunstâncias previstas na lei, já referidas acima; receber atenção psicossocial durante e após o tratamento, sempre que necessário; ter a presença médica para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental; ter garantia de sigilo nas informações prestadas. (BRASIL, 2013b)

2.3 Da necessidade da medida

2.3.1 Espécies de usuários

Para melhor elucidação acerca dos indivíduos ao qual se refere o presente estudo, faz-se necessário a discriminação das espécies de usuários que podem existir e suas peculiaridades.

Flávio Augusto Pontes de Lima (2009, p.37), expõe a divisão do médico Ruy Palhano em três categorias de usuários: “o usuário experimentador; o ocasional ou moderado; o abusivo e o dependente”.

Segundo Lima (2009, p. 37-38), o primeiro tipo seria o daquelas pessoas que usam a substância uma vez ou mais, mas que não prosseguem no consumo. Em contrapartida, o usuário ocasional ou moderado seria o que “já possui certa inclinação para o consumo, forma de uso intermitente, no qual o indivíduo apresenta certo desejo de buscar a droga”.

Por outro lado, segundo o autor (LIMA, 2009, p. 45), o uso abusivo seria caracterizado pelas “recorrentes e significativas consequências adversas relacionadas ao uso repetido da substância”. O uso abusivo teria, como características, apenas os efeitos prejudiciais e o uso reiterado.

Em outra vertente, encontra-se o pensamento do jurista Jorge Lordello (2011), que subdivide a classe das pessoas que fazem uso de psicotrópicos em: usuário experimentador, ocasional, habitual e dependente. O experimentador, como a nomenclatura já sugere, seria aquele que tem contato, pela primeira vez, com a substância.

Na segunda espécie, trata-se de uma pessoa que já faz uso da droga, mas somente em momentos oportunos ou propícios; ao contrário do habitual, que não necessita que lhe ofereçam o entorpecente, indo ao seu encontro por livre e espontânea vontade.

Outra classificação que é imprescindível apontar é a de Ribeiro e Laranjeira (2012, p. 212-219), que apresenta uma divisão segundo a intensidade do consumo e a frequência de problemas associados. O primeiro nível seria o do consumo de baixo risco, que apresenta um consumo baixo da substância e problemas raros e leves; esse nível, segundo os autores, é praticamente inexistente entre usuários de crack.

Já os usuários que apresentam um padrão de uso nocivo e de abuso da droga possuem um consumo de baixa frequência concomitante com problemas constantes; mais observado em usuários recentes de crack. Já o último nível se dá com um alto consumo e problemas frequentes e graves. Trata-se, segundo os

autores (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012, p. 213) do estado de dependência, o qual será tratado a seguir.

2.3.1.1 Da situação do usuário dependente

Primeiramente, convém ressaltar que a maioria dos usuários de drogas, em geral, apresenta um padrão de consumo moderado ou até experimentador; o que não se aplica, segundo Ribeiro e Laranjeira (2012), ao uso do crack, haja vista seu alto poder viciante.

Conforme já relatado, e que será rememorado mais minuciosamente em subitem futuro, o dependente químico não possui, ou possui pouquíssima, capacidade de se autodeterminar em relação à droga. Há, também, um quadro de prejuízo biológico, psicológico ou social. (LIMA, 2009)

No entanto, a dependência não pode ser diagnosticada somente pela presença desses sintomas, haja vista que, conforme demonstra o mestre Flavio Augusto Pontes de Lima (2009, p.38), na dependência, geralmente, há uma compulsão pela droga, no qual o usuário busca, a todo custo, experimentar seus efeitos psíquicos e evitar os sintomas advindos da crise de abstinência.

O jurista faz, ainda, uma divisão da dependência em física e psicológica:

A dependência psicológica tem como característica uma ânsia contínua e intermitente pela substância, objetivando evitar o estado disfórico.

Já na dependência física, há uma necessidade de ingestão da substância, para se evitar a ocorrência da síndrome de abstinência. (LIMA, 2009, p. 38)

A CID-10 (OMS, 1993, p. 74) corrobora com tal definição através dos seguintes dizeres:

Síndrome de dependência

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um

determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não terem sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco.

Já para o DSM-IV (MANUAL..., 1994, p. 312) a síndrome de dependência se verifica a partir de um conjunto de sintomas comportamentais, fisiológicos e cognitivos causados pela droga que, mesmo tendo inúmeros transtornos e problemas advindos desses sintomas, o indivíduo persiste utilizando a substância.

Para Pontes de Lima (2009), a dependência fica constatada ao se observar no indivíduo três ou mais dos seguintes sintomas:

1. Tolerância à droga.
2. Abstinência, que pode ser caracterizada pelos sintomas da abstinência ou pelo uso da mesma substância ou de substâncias análogas para evitá-los.
3. Perda do controle do uso da droga.
4. Desejo constante ou esforço ineficaz de reduzir ou controlar seu consumo.
5. Grande parte de tempo despendido com o objetivo de aquisição da substância.
6. Utilização constante da substância mesmo tendo conhecimento de algum problema causado pela droga.

Os psiquiatras Ribeiro e Laranjeira (2012, p. 213-215) acrescentam a esses sintomas mais dois problemas: O estreitamento ou empobrecimento do repertório e aquilo que chamaram de “Relevância do consumo”.

O primeiro quadro se apresenta quando o indivíduo perde os motivos originais que o levaram a usar a droga e ele passa a utilizá-la apenas com o fim de evitar os transtornos provenientes da abstinência.

Já a Relevância do consumo implica numa prioridade absoluta dada pelo indivíduo ao consumo da substância, fazendo-o esquecer-se do que outrora era por ele valorizado.

No caso dos usuários que habitam a cracolândia, tais sintomas são potencializados em virtude do abandono que a eles se impõe tanto pelos poderes públicos como por suas famílias, amigos e sociedade. O dependente do crack que se encontra nessas situações não vislumbra qualquer possibilidade de mudança em seu modo de vida e, largado a sua própria sorte, não apresenta condições mínimas de possuir uma vida digna.

Corroboram com esse entendimento os psiquiatras Ribeiro e Laranjeira (2012, p. 585-593):

A existência de moradia torna as interações humanas possíveis e oferece abrigo, ao passo que sua ausência ou precariedade encontra-se associada a doenças e violência. Além disso, uma estrutura de moradia permanente, por si só, é capaz de diminuir o consumo de substâncias psicoativas entre usuários de drogas em situação de rua, sendo mais eficaz quando associada a programas formais de tratamento para dependência química.

Os médicos complementam que a insalubridade e a precariedade da vida nas ruas levam essas pessoas a uma maior “vulnerabilidade biopsicossocial e espiritual”. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012, p. 585)

É cristalino que o usuário dependente em situação de rua põe, sua saúde, excessivamente à prova. O hábito de ficar sem comer e descansar, o uso compulsivo do psicotrópico, parando apenas em virtude da exaustão total, contribui, por óbvio, para essa degradação maior à saúde do usuário. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012)

Por fim, é mister observar as palavras de Marcelo Ribeiro e Ronaldo Laranjeira (2012, p. 593):

Esse grupo (moradores de rua), em relação à população não usuária que também mora na rua, convive mais frequentemente com níveis elevados de estresse, sente-se ainda mais solitário e desprovido do

apoio do Estado, tem mais dificuldade em encontrar abrigo e comida e é mais vitimizado pela violência.

O morador de rua usuário de crack tem um índice ainda mais elevado de comorbidades psiquiátricas... Além disso, há uma exposição significativamente maior dessa população (de rua) à infecção pelo HIV, em especial entre as mulheres.

2.3.2 *Acerca da incapacidade de autodeterminação*

Conforme já aduzido, o usuário com um elevado grau de dependência da droga não possui capacidade de se autodeterminar de acordo com sua vontade livre e consciente, posto que o comprometimento desses indivíduos com a substância é tão alto que sua vontade não consegue impor-se sobre a compulsão pela droga e o indivíduo passa a ser controlado por ela. (LIMA, 2009) e (JUNIOR, 2000)

Há entendimentos que concretizam uma idéia de que, seja qual for o grau de dependência do indivíduo, este terá sua capacidade de autodeterminar-se cessada ou, ao menos, reduzida. Isto é o que se infere do estudo de Abreu e Val (2013, p. 10585):

Especificamente no que tange ao quadro do dependente de drogas, afirma-se não ser possível falar nesta dependência com a plena capacidade, eis que, presente a dependência, existirá, inequivocamente, um prejuízo para a faculdade volitiva do paciente. Prejuízo este que poderá ser mais ou menos intenso, embora sempre presente, conforme o conceito de dependência de drogas, pois o quadro se caracteriza justamente pela incapacidade de abandonar a compulsão ao uso da droga, estando a vontade do paciente escravizada e cativa de sua patologia.

Corroborando tal entendimento, encontra-se o estudo do doutor Flávio Augusto Pontes de Lima (2009, p. 191), conforme depreende-se de sua obra:

O usuário abusivo e o dependente de drogas, em geral, têm um comprometimento em sua autonomia de ação, uma vez que há uma afetação na capacidade de deliberação racional deles, o elemento volitivo entre optar ou não já não está sob o controle completo da pessoa.

Engelhardt Jr (1998, p.371-377), acerca do livre e informado consentimento, expõe que:

Para que o consentimento seja válido, o agente deve ser capaz de escolher livremente, ou seja, apto a entender e apreciar o significado e as consequências de seus atos, de maneira a ser imputável e

responsável por suas ações. Contudo, não se enquadram no consentimento válido, nesse sentido de liberdade, à guisa de exemplificação, indivíduos muito jovens, sob excessivo efeito de substâncias psicoativas, delirantes, dentre outros incapazes de compreender seus próprios comportamentos ou de exigir que outros os respeitem na busca de seus objetivos.

Para a bioética, a autonomia de vontade, qual seja, capacidade de pensar, decidir e agir de maneira que não haja interferência externa e seja produto de sua própria razão, se difere de liberdade. Esta seria o fazer o que se quer, utilizando-se ou não da razão. Portanto nem toda ação livre seria autônoma; mas toda ação autônoma é livre. (LIMA, 2009)

Por conseguinte, mostra-se cristalino que o indivíduo em um quadro de dependência de droga não se encontra com capacidade livre e consciente de escolher o que seria melhor para ele, posto seu padrão de consumo ser tal que ele esteja desprovido de uma racionalidade idônea, haja vista tê-la entorpecido; não possuindo outros interesses que não a droga, a qual acaba por tornar-se um fim em si mesma, ou seja, o sujeito se droga para viver e vive para se drogar.

2.3.3 *A capacidade de autolesão e seu perigo para os demais*

Um fator que se impõe é o do usuário delinquente, o que Garcia (1999) selecionou como vítima e autor de crimes. Essa é a situação na qual o dependente, a fim de conseguir subsidiar seu vício, passa a cometer delitos ou a traficar a droga em troca de uma parte dela. (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012) e (LIMA, 2009)

É para esse trilha que apontam as pesquisas mais recentes no tocante ao tráfico de drogas para sustento do próprio vício. Como exemplo, pode-se destacar o estudo conjunto da UFRJ e UNB (BRASIL, 2009, p. 42), o qual apontou que:

A ampla participação de jovens no mercado ilícito da droga também é verificada no tráfico paulista, onde os microtraficantes são em sua maioria jovens entre 16 e 27 anos, que atuam como autônomos, e vivem basicamente da venda de maconha e Crack. Constituem cerca

de 80% dos presos por tráfico, pois, segundo Mingardi, “não têm boas ofertas para os policiais que os prendem”. São desorganizados, pobres e a maioria vende drogas para sustentar seu vício (a proporção é de dois desempregados para um viciado), e “o único vínculo que possuem com as organizações de traficantes é na qualidade de clientes”.

Corroborando com essa tese o mestre Alvino Augusto de Sá (2007, p. 85), ao relacionar o usuário à delinquência:

O caminho das drogas, com relativa facilidade, conduz ao caminho do crime. Mas, mesmo que não conduza, ele, em si mesmo, frequentemente não deixa de ser um caminho da delinquência.

É sabido que as drogas encurtam o caminho para a criminalidade, haja vista o fato de que elas entorpecem os sentidos e ocasionam fortes fissuras que, em diversos casos, levam o indivíduo a agir de uma forma que não agiria se não fosse dependente e a tomar atitudes que não tomaria na última situação.

Pesquisa promovida pela UNESCO (CASTRO e ABRAMOVAY, 2005) relatou que um dos padrões relatados é o de relacionar a violência às drogas ilícitas e ao álcool. Neste sentido, Castro e Abramovay (2005, p. 87):

O uso de drogas ilícitas, assim como de bebidas alcoólicas, é visto por vários entrevistados como mecanismo facilitador/deflagrador de violência e agressividade. Mas quando questionados a respeito da existência ou não de uma relação entre drogas e violência, alguns participantes de grupos focais de alunos respondem que não há necessariamente uma relação direta entre ambos: “Não eu acho que não, porque tem muito que usa droga, que fica na dele lá, não faz nada.”

A relação entre transgressões – em particular a leis e normas de convivência –, violência e drogas, para muitos entrevistados, estaria associada à intenção de sustentar o seu uso:

“Compram drogas, fazem de tudo que podem, nós já acompanhamos um caso aí de vender jóias, relógios, roubar do pai, roubar da mãe, para vender, para ter dinheiro. Para comprar drogas roubam relógio do pai, da mãe, óculos, a maioria dos adolescentes que não trabalha faz isso.” (Entrevista com segurança, escola privada, Florianópolis).

Ao encontro deste entendimento, opera-se o pensamento de Flávio Lima (2009, p. 163), o qual cita o seguinte entendimento do magistrado paulista Carlos Oliveira a respeito do que a mudança de comportamento causada pelas drogas ilícitas pode ocasionar:

[...] levar, direta ou indiretamente, à prática de infrações penais [...] estão relacionados com o aumento da violência urbana, o que afasta a possibilidade de o assunto ser tratado apenas pela área da saúde, bem como evidencia a necessidade de uma tutela penal efetiva [...] a ação preventiva do Estado em relação a uma das causas da criminalidade, qual seja, a ação das substâncias entorpecentes sobre o homem [...] representam fatores de predisposição à prática de infrações penais [...] Os Tribunais de Drogas representam um meio eficiente de combate à criminalidade [...] **uma vez que o usuário, sob efeito das drogas ou em razão de sua necessidade, possui o seu controle pessoal diminuído, bem como pode atuar com extrema agressividade para conseguir os seus objetivos.** (grifo nosso)

No tocante ao patrocínio que o usuário, inevitavelmente, fornece aos traficantes, faz-se necessário aludir que contribui para tornar esta prática hedionda ainda mais lucrativa e atraente, o que, de fato, aumenta o número de pessoas praticando essa ação e, conseqüentemente, a violência que circunda tal delito. Acerca disto, convém observar as palavras do magistrado Adeildo Nunes (2007):

O certo é que o tráfico de drogas e o seu consumo desenfreado, nunca como no presente, têm provocado um mal social dos mais terríveis, agravando os índices de criminalidade, concretamente alarmantes, dando oportunidade ao fechamento de escolas, de bares, restaurantes e de residências particulares, a mando dos traficantes, como naturalmente vem ocorrendo nas favelas do Rio de Janeiro, onde a permissão para entrada do vendedor de gás depende do chefe do tráfico.

Nesta toada, é importante ladear que, no geral, o consumidor do crack em situação de rua não possui condições de arcar com seu vício, o que o leva a verter-se à produção de pequenos, médios e, vez ou outra, graves delitos. (SILVA, 2010)

Isto o torna mais perigoso à sociedade e a si próprio, porquanto o risco que corre de ver-se ferido ou até mesmo morto em uma contenda qualquer, seja com um órgão de segurança, seja com outros criminosos. Este fato, segundo Garcia (1999), o indivíduo que age desta maneira acaba por se tornar, ao mesmo tempo, criminoso e vítima das drogas.

O dependente apostado neste quadro, se não tratado da maneira adequada, cometerá tantos delitos quanto durar a sua vida fora da cadeia ou do féretro. Portanto, a privação de liberdade desta pessoa é uma medida inócua para

reinseri-lo no convívio social e salvaguardar efetivamente a sociedade, haja vista que o problema está, de fato, na droga, que é a motivadora das ações delituosas do agente.

Lima (2009, p. 166), cita o entendimento de Ricardo Silva, que aponta o fato de que “se o usuário não parar de usar a droga, voltará a delinquir, perpetuando o binômio droga-crime”.

Lima (2009, p. 80) aponta que estudos realizados nos EUA avaliaram que 80% dos crimes na década de 90 foram praticados por pessoas que consumiam drogas.

Por fim é imperioso mencionar o conceito da Organização Mundial da Saúde acerca da Toxicomania ou toxicofilia, a qual seria “um estado de intoxicação periódica ou crônica, nociva ao indivíduo ou à sociedade, produzida pelo repetido consumo de uma droga natural ou sintética”. (FRANÇA, 2008, p. 321)

Portanto, tal estado seria nocivo não apenas ao próprio indivíduo, mas também à sociedade como um todo. “Torna-se um problema considerável do ponto de vista social e de saúde pública, indo além da esfera do usuário”. (LIMA, 2009, p. 35)

2.3.4 A necessária cessação do contato com o ambiente de droga

Hodiernamente, torna-se cada vez mais notório que o ambiente tem um efeito decisivo sobre a conduta do usuário da droga, porquanto haver, naquele, muito contato com outros usuários e com situações de envolvimento em ações criminosas.

Estudos (MIJARES e SILVA, 2006) demonstram que, para dependentes, os estímulos visuais da droga têm efeitos muito mais significativos sobre o controle do comportamento que quaisquer outros reforçadores que porventura estejam presentes no dia-a-dia do indivíduo.

As psicólogas Miriam Garcia Mijares e Maria Teresa Araújo Silva (2007, p. 235), expõem a Teoria Neurobiológica da Dependência como Escolha, de Kalivas e colaboradores, explicando-a como sendo:

Em resumo, Kalivas e colaboradores (Kalivas & Hu, 2006; Kalivas et al., 2005; Kalivas & Volkow, 2005) sugerem que a dependência é produto de mudanças de longo prazo na regulação das vias glutamatérgicas do circuito do reforço, especificamente das localizadas no CPF e Nac. Essas mudanças alteram os processos de escolha e tomada de decisões no dependente, **resultando que estímulos associados ao efeito da droga adquirem maior controle sobre o comportamento do que estímulos associados a outros reforçadores.** (grifo nosso)

As mesmas estudiosas (MIJARES e SILVA, 2007, p. 224) citam outra teoria, a chamada Teoria da Sensibilização do Incentivo, que se resume dessa forma:

Em resumo, segundo essa teoria a dependência acontece porque os sistemas neurais responsáveis pela saliência dos estímulos são sensibilizados pela administração repetida da droga. Isso causa que o indivíduo sensibilizado, quando exposto à droga, ou a estímulos associados a ela, queira a droga mesmo não gostando dela. Como para Robinson e Berridge (1993, 2001, 2003) o “gostar” está associado a processos cognitivos, e esses processos não são sensibilizados, então o “querer” a droga pode ser irracional. Assim, a fissura pela droga, que é igualada ao “querer”, seria um processo que aconteceria mesmo quando o sujeito não gosta mais da droga. O deixar de “gostar” pode dever-se a um processo de tolerância, mas de qualquer forma esse processo não seria importante para explicar a dependência.

Portanto, resta claro que os mais recentes e significativos estudos apontam para uma influência muito grande, maior que qualquer outra, dos estímulos visuais da substância psicotrópica sobre a vontade do indivíduo viciado; este passa a não mais conseguir resistir a qualquer eventual visão da droga, ou de alguém fumando ou usando-a de qualquer outra maneira.

Vislumbra-se, portanto, que qualquer intenção de retirar o ser humano da condição de viciado de rua deve ser precedida de um eficaz afastamento do indivíduo do seu anterior ambiente, impedindo-o de possuir eventual contato visual com a droga ou seus efeitos.

3 A OPERAÇÃO PAULISTA E MODELOS SEMELHANTES

Em São Paulo foi deflagrada, no início de 2012, a denominada “Operação Integrada Centro Legal” a fim de acabar com o maior polo de uso e comércio de crack do país. (ALBUQUERQUE, 2009)

A ideia de possibilitar a internação compulsória de uma pessoa não é exclusividade da lei brasileira e diversos países desenvolvidos têm a previsão dessa modalidade em suas legislações.

Países como EUA, Nova Zelândia, Suécia, Espanha e Argentina possuem tal previsão. Já Reino Unido, apesar de não adotar tal procedimento, faz o denominado “Quasi-Compulsory Treatment”, que se trata da opção que o condenado em processo criminal naquele país possui para no lugar de cumprir a pena em uma prisão, estabelecer-se em uma clínica de tratamento para viciados em drogas. (LEUKEFELD e TIMS, 1988), (LIMA, 2009) e (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002)

3.1 A questão paulista: Operação Centro Legal

A denominada Operação Centro Legal, posta em prática no início de 2012, na Região da Nova Luz, mais conhecida como “Cracolândia”, em São Paulo, foi uma continuação dos trabalhos da denominada “Ação Integrada Centro Legal” (PMESP, sem ano).

Trata-se, segundo o órgão policial, de uma operação integrada entre polícias e os órgãos municipais e estaduais de saúde e assistência social. O objetivo da ação seria o resgate da cidadania, da dignidade humana por meio da reinserção social, recuperação de áreas e combate ao tráfico da região.

3.1.1 *Forma de atuação*

Dentre outras ações previstas no plano da operação está a internação compulsória dos viciados em situação mais grave, nas quais sua própria saúde e integridade física estão por ele ameaçadas.

Os agentes de saúde, ao se depararem com esses casos, encaminham o viciado/adicto ao Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), no centro da cidade de São Paulo. Lá estarão de plantão: Juízes, Promotores, Defensores públicos e representantes da OAB.

Após serem avaliados por médicos primeiramente, será ofertado-lhe o tratamento adequado, caso o recuse, o Juiz poderá determinar a sua internação compulsória, desde que o laudo médico ateste a imprescindibilidade do tratamento.

Quando houver essa determinação do magistrado, o paciente fica internado por um período que varia de acordo com a prescrição médica, em alas de hospitais psiquiátricos e no SAID, hospital especializado no tratamento compulsório de usuários. (ALVES, 2013)

3.1.2 *Aspectos relevantes*

As pessoas encaminhadas para tratamento dessa forma recebem atendimento especializado de médicos e psicólogos e cuidados básicos de higiene e alimentação.

Isso se torna mais necessário ao se falar de mulheres grávidas, haja vista não haver risco apenas da mãe, mas também do feto; sendo, portanto, irrelevante o fato de haver ou não o consentimento daquela.

A internação forçada já se apresenta como uma prática comum entre a população de classe média e alta e é adotada, também, em outros países, como a

Suécia, na qual 30% das internações psiquiátricas são coercitivas (TJSP, 2013a), e nos EUA, conforme será exposto adiante.

Segundo o Tribunal de Justiça de São Paulo, citando o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, a pessoa que necessita de internação, chega para avaliação em uma situação gravíssima, na qual é incapaz de discernir o que é melhor para ela. Passadas a abstinência e a fissura, a pessoa, segundo ele, em 90% dos casos, passa a aderir voluntariamente ao tratamento.

Após o período de tratamento determinado pelo médico, deve-se proceder ao alojamento da pessoa em uma moradia assistida e ao fornecimento de um tratamento ambulatorial a ela, recebendo todo o apoio estatal para se reestruturar, segundo o tribunal.

O uso dessa medida deve ter um caráter humanitário, não higienista, porquanto, a abordagem inicial deve se feita por agentes de saúde ou assistentes sociais, não por policiais. Ademais, as clínicas que procederão a essas internações devem ser periodicamente fiscalizadas, de maneira a evitar abusos e violações de direitos humanos.

Para tanto, deve-se buscar uma integração entre ministério Público e órgãos de assistência social do Município para acompanhar cerradamente o tratamento que os toxicômanos estão recebendo e, se preciso for, realizar plantões e inspeções inopinadas, a fim de garantir o respeito à dignidade e bem estar do compulsoriamente internado.

Nesta toada, importa perquirir acerca da importância e eficácia de uma medida como esta, aduzindo, para tanto, os ensinamentos de alguns especialistas no tema.

Para Lima (2009, p. 177-178):

Considerando-se que o uso abusivo e a dependência do crack são doenças, muitas vezes crônicas, além de grave problema de saúde pública, o encaminhamento para tratamento pela justiça criminal seria voltado para a redução dos sintomas e dos riscos, logo tratamento não seria punição.

Este autor (LIMA, 2009) salienta, ainda que, em estudo obtido através de pesquisas no CAPS-AD de Recife, os indivíduos encaminhados para tratamento naquele local puderam ser discriminados em três grandes grupos: encaminhados pela justiça, apresentados de forma voluntária e os advindos de outras formas de encaminhamento.

Das possíveis formas de ingresso, o estudo demonstrou que os melhores índices de sucesso foram obtidos por aqueles os quais tiveram seu tratamento determinado pela justiça, conforme se demonstra na tabela 1ª seguir.

Tabela 1 – Percentual de demandas quanto à situação agregada.

SITUAÇÃO AGREGADA	DEMANDA		
	Espontânea (%)	Justiça (%)	Outras (%)
NÃO CONSTA	22,82	3,75	15,84
DE FRACASSO	58,21	53,75	62,11
INDEFINIDA	15,38	30,00	19,88
DE SUCESSO	3,59	12,50	2,17
TOTAL	100	100	100

Fonte: LIMA, 2009, p. 220.

Conforme se pode observar, é notória a eficácia que um tratamento imposto pela justiça pode obter. Tal se justifica, segundo Lima (2009, p. 223) pelo seguinte motivo:

[...] submeter o indivíduo a tratamento por determinação do sistema de justiça criminal pode ser, sim, uma interessante via de motivação e obtenção de semelhantes ou até melhores resultados que os obtidos pelo encaminhamento voluntário a tratamento. Tal possibilidade, longe de ser descartada, deve ser cada vez mais estudada.

Com a mesma avidez, sapiente se faz o pensamento de Ribeiro e Rodrigues (2005, p. 95-96):

Claro está o quanto estatisticamente se comprova que os encaminhamentos para tratamentos de drogadição, na maioria das vezes, são forçosamente provocados por pais, esposas

(os), companheiros (as), namorados (as), familiares, amigos (as) e até colegas de trabalho, os quais muitas vezes são os próprios acompanhantes dos pacientes até o Centro de Saúde [...] Para tais sujeitos, a impactante pressão provocada pela contextualização processual, por eles mesmos aquilatada de peso suficiente, será um ancoradouro firme de onde buscarão, a partir desta dimensão, se redimirem e se reorganizarem nessa e nas suas outras esferas de vida.

Ainda Lima (2009), citando os ditames do professor Carlos Alberto Correa de Oliveira, acrescenta que um tratamento imposto através da justiça aproxima o agente do tratamento nos casos em que a dependência não possui cura. Dessa forma, controla-se o uso da substância, fundamental para a segurança pessoal do agente e do resto da sociedade.

Para Ricardo de Oliveira Silva (sem ano), fazer nada é muito pior que obrigar o usuário à se tratar e que a internação compulsória na primeira vez que o indivíduo é tratado implica uma mudança na postura desse doente. *In verbis*:

Vale dizer, ainda, que as modernas técnicas psiquiátricas nos demonstram que, em se tratando de dependências de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, algum tratamento é melhor que nenhum tratamento e normalmente o primeiro tratamento pode ser compulsório, haja vista que estamos falando de afastar alguém de uma fonte de prazer. Isso porque é fato cientificamente comprovado que o processo de dependência passa pela satisfação que o consumo da droga causa no consumidor.

Convém rememorar que, inclusive normas de explícito teor humanista e partidárias da proteção integral da dignidade humana, como o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.069/90) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), admitem as internações de crianças ou idosos involuntariamente, conforme pode-se demonstrar a seguir:

Lei 10.741/03

[...]

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. **Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:**

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

- II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;
- III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
- IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Lei 8.069/90

[...]

Art. 112. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

- I - advertência;
- II - obrigação de reparar o dano;
- III - prestação de serviços à comunidade;
- IV - liberdade assistida;
- V - inserção em regime de semi-liberdade;
- VI - internação em estabelecimento educacional;
- VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

§ 1º A medida aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração.

§ 2º Em hipótese alguma e sob pretexto algum, será admitida a prestação de trabalho forçado.

§ 3º **Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.** (grifo nosso)

Portanto, é mister indagar-se acerca do por quê tais diplomas que tanto prezam por um tratamento digno da sociedade àqueles os quais são objeto de sua proteção. Se tais diplomas admitem casos nos quais a saúde mental pode ser protegida e tratada a despeito da não anuência da pessoa tratada, cumpre indagar acerca da possibilidade de tal medida, se empregada contra pessoas que não se enquadram nos conceitos de criança/adolescente ou idoso, implicar numa violação ou proteção da dignidade e direitos desta.

Por fim, necessário se faz assentar, novamente, que tal modalidade de tratamento deve ser empregada somente em casos mais graves, nos quais a doença do indivíduo representa um risco a ele próprio ou a terceiros. (UNODC e OMS, 2008) Nos dizeres de Abreu e Val (2013, p. 10589):

O tratamento sanitário, e, especificamente, aquele psicoterapêutico, para ser conforme ao ditame constitucional, deve ser respeitoso da pessoa e das suas excentricidades; é permitido intervir coativamente somente quando estas últimas constituírem um sério perigo para a pessoa e para a comunidade na qual vive. A intervenção deve ser orientada a eliminar ou a atenuar a periculosidade. Excluída esta,

desaparece a causa legitimadora do tratamento feito contra ou sem a vontade do interessado.

Tal deve ser sempre o escopo definitivo de uma medida que viole direitos, ou seja, o respeito a outros direitos garantidos sob a ótica constitucional, seja do próprio indivíduo, seja da sociedade como um todo.

3.2 Medidas semelhantes aplicadas em outros países

3.2.1 A experiência estadunidense

De acordo com estudos realizados em estados que empregam a internação compulsória nos EUA, pôde-se constatar que essa medida começou a ser empregada, naquele país, com 2 serviços hospitalares de saúde pública que funcionaram nas cidades de Lexington e Fort Worth. (LEUKEFELD e TIMS, 1988)

Nesses lugares, ressaltam os autores, eram tratados tanto prisioneiros federais como voluntários. Constatou-se, porém, que a maior parte destes últimos não permanecia até o término do tratamento.

Viu-se que havia uma melhor superação das situações de abstinência quando havia uma supervisão obrigatória ao paciente. Constatou-se, ainda, que é imprescindível que essa seja feita com o auxílio da aplicação de testes toxicológicos, como o exame de urina; e que, sem isso, o mesmo que deixar o usuário sem supervisão alguma.

Segundo o estudo, a maior parte dos usuários só adere ao tratamento se houver algum tipo de coerção, seja interna ou externa; e, além disso, a internação compulsória consegue segurar 1/3 dos viciados no tratamento após a alta médica.

A pesquisa dos autores mostrou que jovens usuários, de idade entre 21 e 25 anos, têm uma probabilidade duas vezes maior de ser encaminhado para tratamento pelo sistema de justiça criminal que por qualquer outra fonte. (LEUKEFELD e TIMS, 1988) Isso quer dizer que os jovens que vão parar no tratamento são aqueles que acabaram sendo criminalizados e “pescados” pelo sistema penal; e não por procurarem, por si próprios, qualquer espécie de ajuda.

Ficou demonstrado para Leukfeld e Tims (1988) que os atingidos de forma compulsória pelo tratamento acabavam por ficar muito mais tempo em tratamento, o que gerava uma forte motivação em seus interiores para largarem o vício.

Corroborando para esse entendimento, os autores puderam constatar que, durante a supervisão, 45% dos usuários abstiveram-se do uso de drogas. Um posterior estudo constatou o índice de 66. Com efeito, é de se imaginar que devido essa supervisão, os usuários recobrem o discernimento subtraído pela droga e percebam sua melhora com o tratamento, vislumbrando, assim uma possibilidade de se reerguer.

Relatou-se que, como aqueles que são usuários de entorpecentes participam 6 vezes mais de atividades criminosas, a redução do consumo também reduziria os índices criminais.

Constatou-se, no trabalho americano, que um usuário procura o tratamento por dois fatores – pressão externa ou interna. Segundo a pesquisa, uma recuperação estável não pode ser mantida por pressão externa apenas. A motivação e o comprometimento são essenciais e devem vir da pressão interna. A questão da externa, aqui, é influenciar a pessoa a entrar no tratamento.

A medida reduziu a criminalidade, e, com isso, diminuiu, também, o montante de dinheiro público gasto em função da droga. (LEUKEFELD e TIMS, 1988)

Viu-se ser, para LEUKFELD e TIMS (1988), essencial que o usuário receba apropriadas proteções legais, principalmente no que atine a sua dignidade e integridade. Ademais, concluiu-se que os alvos da internação deveriam ser os usuários crônicos, ou seja, aqueles que mais tirariam proveito do tratamento.

Ainda, convém ressaltar que o monitoramento é uma parte essencial do tratamento e que testes de urina são um importante meio para fazê-lo. (LEUKEFELD e TIMS, 1988)

Outrossim, percebeu-se que deve haver um controle das vagas destinadas aos usuários alvo da internação forçada; posto que esses pacientes não

devem ocupar o lugar previsto para aqueles que se internarão voluntariamente ou àqueles que possuem outras comorbidades. (LEUKEFELD e TIMS, 1988)

O estudo apontou as seguintes vantagens dessa espécie de internação: a) ajudam a colocar o viciado em tratamento; b) parece conseguir mantê-lo mais tempo no tratamento; c) faz o usuário se tratar antes de cometer um crime; d) segue um trâmite separado do da justiça criminal; e e) tem o claro objetivo de conter o vício. (LEUKEFELD e TIMS, 1988)

Por outro lado, apontaram-se, no estudo, as seguintes desvantagens: a) tem um trâmite muito demorado e burocrático; b) lota as unidades de tratamento; c) exige o emprego de muitos profissionais para executá-la; d) alguns viciados não conseguem se adaptar; e e) à primeira vista parece muito caro, mas é um custo menor se comparado com qualquer processo penal ou de encarceramento.

Por fim, pode-se observar que, com poucos meses de tratamento, já é possível a estabilização do vício, fazendo com que o paciente recupere sua razão. (LEUKEFELD e TIMS, 1988)

3.2.2 O método das chamadas “Drug Courts”

Nos EUA, a partir da década de 60, com a instituição do Narcotic Addict and Rehabilitation Act, passou-se a conceder, a cada Estado americano, uma possibilidade jurídica de oferecer ao acusado por questões envolvendo drogas uma alternativa à prisão. Nesta, o indivíduo faria a opção pelo tratamento contra o vício em drogas, que poderia ser residencial, conforme o caso, ou hospitalar. (LIMA, 2009)

Esta criação se deu em virtude de os pesquisadores norte-americanos constatarem que a grande maioria das reincidências, delitos e prisões estavam correlacionadas ao abuso de substâncias psicotrópicas. Tratava-se de pessoas que cometiam delitos sob o efeito dessas substâncias, para a sua aquisição ou para consumirem-nas. (LIMA, 2009)

Aceita a proposta, o usuário infrator é posto em liberdade, tendo, todavia, que se submeter a um rígido programa de tratamento que visa à abstinência absoluta, com poucas oportunidades de recaída e com monitoramento assíduo por

parte da justiça. O juiz é constantemente informado acerca da evolução do tratamento do indivíduo e passa a agir de forma a punir ou a reforçar positivamente o comportamento deste. O próprio juiz é o encarregado das punições e recompensas, que podem ir desde brindes, até elogios públicos. (CERQUEIRA, 2006)

Ainda, segundo Lima (2009, p. 83):

O juiz, tão inacessível no sistema ianque, passou a interagir diretamente e de modo frequente com o infrator, ora aconselhando, incentivando-o ou mesmo lhe repreendendo muitas vezes durante as audiências na presença de outros clientes.

Portanto, embasados na teoria de que os crimes de drogas não devem ser punidos pelo sistema penal, mas sim tratados, houve uma aproximação desse com a área médico-terapêutica, vislumbrando-se que o mais eficaz para a sociedade seria tratar o problema do vício, não punir o viciado. (CERQUEIRA, 2006)

A despeito das críticas à medida, principalmente devido seu alto rigor e sua exigência de abstinência absoluta, ela se mostrou de relevante eficácia se comparada com outras medidas, como a prisão. A esse respeito, Cerqueira (2006, p. 10-11):

Como exemplo, temos os dados fornecidos pela Embaixada dos Estados Unidos da América no Brasil, revelando que em avaliação feita pelo Instituto Nacional de Justiça do primeiro tribunal para dependentes químicos em Miami foi constatada uma redução de 33% no índice de repetidas detenções de egressos dos tribunais para dependentes químicos, comparados com outros infratores em situação análoga.

Em grande parte, essa eficácia advém do fato de os clientes, como são chamados os pacientes em tratamento, se virem altamente incentivados, tanto pelas reprimendas, quanto pelas benesses que são provenientes da justiça. (LIMA, 2009)

3.2.3 *A aplicação sueca*

Na Suécia, o ato que regulamenta as internações compulsórias é o “Compulsory Psychiatric Care act”. Nele, fica estipulado que, em certos casos, a

necessidade de tratamento deve ser posta em primeiro lugar e, independentemente da anuência do portador de transtorno mental, deve ser executado em respeito aos direitos humanos fundamentais e à solidariedade, observando-se o limite da integridade física do paciente e de seus direitos individuais. (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002) e (ALZHEIMER-EUROPE, 2012)

Tal lei estabelece que o paciente esta apto a ser internado compulsoriamente no caso de absoluta necessidade de tratamento que não pode ser provido por nenhuma outra forma senão por internação hospitalar. A norma estabelece também que, ao avaliar o paciente, deve-se considerar se ele representa um perigo para a segurança ou a saúde física ou mental, própria ou de terceiros. (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002)

Para sua admissão, é necessário que um médico credenciado realize uma avaliação e, após, emita um laudo com seu parecer que é encaminhado à instituição de saúde onde haverá a internação. (ALZHEIMER-EUROPE, 2012)

O médico-chefe do hospital, segundo o artigo, então, deverá tomar uma decisão, no prazo de 48 horas, se o tratamento deve ou não durar mais do que 4 semanas.

Caso a duração do tratamento fique estipulada em mais que esse período, o médico-chefe deve solicitar à corte administrativa a continuação do procedimento, o qual terá, então, duração de, no máximo, 4 meses, prorrogáveis, se necessário, por mais seis.

O paciente tem direito a apelar da decisão de internação compulsória à corte administrativa, a qual irá solicitar ao médico-chefe as razões que levaram à internação compulsória e os detalhes do tratamento que foi planejado. O prazo para julgamento é de 8 dias.

Nesse trilha o paciente também possui o direito a uma pessoa que o auxilie em assuntos pessoais durante o período de internação. Esse auxiliar tem o direito de visitá-lo a qualquer hora e não pode as informações de que tome conhecimento acerca do paciente.

Fica estabelecido, também, que o paciente não deve ficar isolado dos demais, a menos que seja estritamente necessário, no caso, por exemplo, de o paciente se encontrar agressivo ou desrespeitoso. Além disso, este pode ser amarrado caso ofereça um risco para si ou para os demais. (ALZHEIMER-EUROPE, 2012)

3.2.4 *O modelo na Nova Zelândia*

A Nova Zelândia possui o chamado “Mental Health ACT”, promulgado em 15 de junho de 1912, até hoje em vigor. Que define em quais casos e em que condições uma pessoa pode ser submetida a uma internação psiquiatria involuntária.

Em princípio, cabe ressaltar que logo em seu artigo 5º, essa lei mostra a seu aplicador o quanto considera importante que seja mantido o laço entre o internado e sua família. Além disso, prega o respeito à identidade cultural e étnica, além de religiosa da pessoa. (NOVA ZELANDIA, 1992)

Além disso, a qualquer hora, quaisquer das pessoas legitimadas (qualquer responsável legal, a pessoa que requereu a internação, o principal cuidador do paciente) podem requerer ao Juiz o relaxamento da internação.

Esse reexame é feito pessoalmente pelo Juiz, que conversa com o paciente, com o médico e com outro profissional de saúde que atue no caso e, após, decide pela liberação do tratamento ou não.

A lei, ainda, divide a internação compulsória em: internação compulsória propriamente dita e um tratamento ambulatorial obrigatório. A primeira aplica-se somente aos casos em que a corte considera indispensável a internação ao paciente.

A modalidade ambulatorial obriga o viciado ou doente mental a se manter em casa e aceitar receber tratamento especializado nesse local.

Já na segunda modalidade, a lei garante que, de tempos em tempos, seja dada licença de, no máximo, 3 meses; podendo tal período, também de tempos em tempos, ser prorrogado por mais 3 meses, não podendo, tal licença, ultrapassar 6 meses contínuos. (NOVA ZELANDIA, 1992)

Todos os tratamentos compulsórios são estabelecidos por um prazo de 6 meses e, 14 dias antes do término desse prazo, o médico responsável deve reexaminar a necessidade da medida e, caso ache necessário prorrogá-la, deve solicitá-lo à corte. (NOVA ZELANDIA, 1992)

Se, a qualquer tempo, o médico avaliar desnecessária a continuação do tratamento, ele poderá proceder ao encerramento da medida, sem prejuízo da análise do juiz quando provocado por um dos legitimados a fazê-lo. (NOVA ZELANDIA, 1992)

Neste íterim, o ato ainda traz um rol taxativo de tratamentos que podem ser empregados em pacientes com transtornos mentais internados compulsoriamente, demonstrando, mais uma vez, a preocupação da legislação neozelandesa com o respeito à dignidade humana e a repressão de abusos e maus-tratos. (NOVA ZELANDIA, 1992)

Ademais, a lei lista uma série de direitos ao internado, como o direito à informação, ao respeito às suas crenças, direito de não ser gravado sem consentimento, consultar-se com qualquer psiquiatra à sua escolha, ao convívio com os demais e ao isolamento, receber visitas e realizar telefonemas, reclamar sobre a quebra desses direitos. (NOVA ZELANDIA, 1992)

3.2.5 “*General de Sanidad*”, o regulamento espanhol

A Espanha não regulou a internação compulsória de seus dependentes químicos e doentes mentais através de uma lei específica. No entanto, tal se fez através da denominada “*Ley de Enjuiciamiento Civil*”, o Código de Processo Civil espanhol. (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002)

Os direitos e as garantias da pessoa portadora de transtorno mental, em contrapartida, encontram-se regulados, de forma não específica e em conjunto com direitos de outros tipos de pacientes, pela denominada “Ley General de Sanidad”, ou Lei Geral de Saúde, promulgada em 25 de abril de 1986. (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002)

Tais leis determinam que o paciente com transtorno mental poderá ser internado sem o seu consentimento, desde que seja incapaz de tomar a decisão de procurar tratamento por sua própria conta. (ESPANHA, 2000) e (ESPANHA, 1986)

Trata-se de uma internação compulsória com aspectos de internação involuntária, haja vista ser, obrigatoriamente, iniciada com uma solicitação de um médico psiquiatra ou de um psicólogo, mas que somente o juiz pode autorizar, a fim de garantir que o direito à liberdade da pessoa não seja injustamente violado. (ESPANHA, 2000)

A única ressalva, quanto a esta obrigatoriedade, diz respeito aos casos considerados emergenciais, nos quais a legislação espanhola confere ao médico responsável pelo paciente a autoridade para determinar que este seja involuntariamente internado. (ESPANHA, 2000)

Nesses casos, a lei determina que a justiça do local do internamento deverá tomar ciência deste no prazo máximo de vinte e quatro horas e deverá apreciá-lo no prazo limite de setenta e duas horas. (ESPANHA, 2000)

A lei não definiu claramente os critérios clínicos que justificam a internação compulsória do paciente, especificando, apenas, que qualquer estado clínico que requeira um tratamento hospitalar é suficiente para dar ensejo à medida, respeitando-se o devido processo legal. (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002)

O Juiz é colocado como figura central do processo de internação devendo ouvir o paciente e, ele próprio, fazer uma avaliação do doente, tendo em vista assegurar, ao máximo, os direitos e garantias individuais. O paciente é, ao menos em tese, acompanhado, em todas as etapas processuais, por um advogado e tem garantido o seu direito a apelar. (ESPANHA, 2000)

A lei estabelece que a internação não necessita ter prazo determinado, conquanto impõe que o magistrado seja, periodicamente, informado acerca da necessidade de manutenção da medida pelo profissional responsável pela internação, o qual deverá, sempre, fundamentá-la. É o juiz quem deve decidir a frequência com que serão emitidos tais relatórios, não podendo, tal período, ultrapassar uma cadência de seis meses. (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002)

A alta do paciente deve ser, sempre, determinada pelo profissional responsável por seu tratamento em conjunto com seu consentimento. O juiz não precisa autorizar tal procedimento, mas deve ser, necessariamente, informado. (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002)

É mister salientar que, antes de determinar a sentença de internação, o juiz deve ouvir o Ministério Público, o qual atuará como fiscal da lei e que deverá concordar com a decisão. Caso não o faça, os autos serão remetidos para o tribunal, que decidirá quanto a necessidade ou não da medida. (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002)

Cumpre observar que, uma vez tendo sido proferida a decisão judicial de internação, tudo passa a ser, então, responsabilidade do profissional de saúde encarregado do tratamento, o qual poderá responder profissional, ética e, até, penalmente por eventuais falhas no procedimento. (SALIZE, DREßING, PEITZ, 2002)

3.2.6 *Legislação de Saúde Mental Argentina*

A legislação de saúde mental Argentina, denominada de *Ley Nacional de Salud Mental*, estabelece como objetivo assegurar a atenção à saúde mental e o respeito aos direitos humanos.

Em seu artigo segundo, aduz que, tanto os “Princípios das Nações Unidas para a Proteção dos Doentes Mentais e para Melhoramento da Atenção à Saúde Mental” (resolução ONU n° 46/119 de 17/12/1991), como “Declaração de Caracas da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da

Saúde para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nos Sistemas Locais de Saúde”, são parte integrante da lei. (ARGENTINA, 2009)

Já no artigo terceiro, a lei estabelece um conceito de saúde mental e ressalva a todos os portadores de transtornos mentais o direito a não serem presumidamente considerados como incapazes. (ARGENTINA, 2009)

Este artigo, ainda, salvaguarda a todos o afastamento de um diagnóstico de transtorno mental tendo como base exclusiva fatores como: status político, econômico ou social; opção sexual ou religiosa; ou a existência de histórico de tratamentos mentais. (ARGENTINA, 2009)

No artigo 4º encontra-se ponto crucial ao presente estudo, tendo em vista sua determinação de que os vícios também serão tratados como transtornos mentais. Assegura, ainda, expressamente, aos dependentes de drogas todos os direitos e garantias assegurados na lei em comento. (ARGENTINA, 2009)

Importante garantia é oferecida pela lei ao determinar, em seu artigo quinto, que nenhum caso de transtorno mental pode ser presumidamente considerado um risco de dano ou incapacidade, algo que somente pode ser deduzido a partir de uma avaliação interdisciplinar de cada situação particular em um momento determinado. (ARGENTINA, 2009)

Os artigos 8º a 12 discriminam as formas de abordagem, dando ênfase à necessidade de uma avaliação multidisciplinar, não bastando, para tanto, um laudo médico. (ARGENTINA, 2009)

Do artigo 14 ao 29, a Lei regulamenta as internações. Mais precisamente em seus artigos 20 a 25, é regulado o procedimento da Internação Involuntária. (ARGENTINA, 2009)

Tal medida, segundo a lei, somente deve ser procedida nos casos excepcionais nos quais não seja possível uma abordagem ambulatorial, ou esta não se mostre tão eficaz, e somente poderá se realizar quando, a critério da equipe de saúde, o paciente representar risco certo e iminente para si ou para terceiros. (ARGENTINA, 2009)

A internação, devidamente fundamentada, deve ser informada ao juiz no prazo máximo de 10 horas, o qual deverá, no prazo de três dias, decidir dentre uma das seguintes opções:

1. Autorizar a internação, caso vislumbre estarem presentes seus requisitos.
2. Requerer informações adicionais.
3. Negar a internação, caso no qual deverá garantir a imediata liberação do paciente. (ARGENTINA, 2009)

É mister admoestar que ao juiz cabe apenas autorizar uma internação, haja vista que a ele não cabe mais ordená-la. Ademais, de muita valia é o fato de que há a presença de um órgão revisor, criado para avaliar, periodicamente, as internações que se estendem por um período maior que noventa dias. (ARGENTINA, 2009)

Por fim, cumpre ressaltar mais um avanço da legislação hermana, que lista um rol de direitos assegurados ao portador de transtorno mental internado que vão desde preservação da identidade até o acesso a seu próprio prontuário. (ARGENTINA, 2009)

3.3 Críticas à medida

Usando como exemplo a ação realizada na cidade do Rio de Janeiro, decorrente da Resolução nº 20, de 27 de maio de 2011, tem-se que a internação compulsória vem sendo aplicada de forma indiscriminada em várias cidades do país. Naquela cidade, realiza-se o recolhimento e interação de pessoas em situação de rua usuárias de crack e outras drogas de forma desregrada e sem critérios.

Esta operação, assim como na realizada em São Paulo, utiliza, em um primeiro momento, de policiais para abordar e encaminhar os usuários para delegacias; a fim de serem identificados. Se, por conseguinte, for constatado tratar-se de pessoa com mandado de busca e apreensão, ou de prisão, este é encaminhado para as unidades de segurança das respectivas instituições policiais,

sem qualquer encaminhamento terapêutico. Se não houver o mandado, o indivíduo é levado para Centrais de Recepção, as quais se responsabilizam pelos procedimentos de internação. (DORNELLES, 2012)

Essas ações têm sido alvo de críticas que recaem, principalmente, sobre a intervenção da força policial, a estrutura deficiente dos locais de internação e sobre a técnica de intervenção em massa.

É necessário informar e fornecer, algo que dificilmente vislumbra-se realizado, cuidados especiais a esses indivíduos, assim como buscar as causas que o levaram a se tornar usuário e dependente da droga.

Segundo Dornelles (2012), a política de internação forçada apresenta contradições agudas quando lança mão dos órgãos repressores do Sistema Penal para solucionar emergencialmente problemas que não são, de fato, de matéria criminal. Porém, o maior problema se percebe ao atribuir ao direito penal e processual penal a incumbência de compor o conflito social gerado pela substância psicotrópica.

A Lei de Políticas Públicas sobre Drogas, Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, não descriminaliza o uso de substâncias entorpecentes, mas dá um passo largo no sentido de sua despenalização. Dentre as penas cominadas para esse delito, a lei não prevê a privação de liberdade; somente advertência, prestação de serviços à comunidade e medida educativa, como já ressaltado em momento anterior.

Logo, movimentar o aparato policial para infligir ao dependente uma forma de tratamento que, apesar de ser aclamado formalmente como terapêutico, enquadra-se, na realidade, como uma espécie de encarceramento é contrária à nova forma como a referida lei coloca o usuário de drogas ilícitas.

Além disso, a lei estabelece que um dos objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) é “o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente, quanto à sua autonomia e liberdade.” (BRASIL, 2006). O legislador, como pode-se inferir, optou por manter a liberdade do indivíduo usuário e/ou dependente de drogas, evitando, assim,

detenções e valorizando um tratamento por meio de assistência social (DORNELLES, 2012).

A autora entende que a internação compulsória é um instituto a serviço da segurança pública e que, portanto, encontra-se impregnada de sentidos preventistas de periculosidade. Este expediente, segundo entendimento de estudiosos, não se coaduna com Estados Democráticos de Direito. Em Estados autoritários, ao contrário, a lei penal atribui aos usuários e dependentes de tóxicos, a priori, essa periculosidade presumida; tendo-se assim uma justificativa para aplicação da medida de segurança social.

Deve-se admoestar que tratamento imposto pela justiça criminal é pena. Logo, deve-se sempre ter em mente uma fuga daquelas penas sem racionalidade punitiva, sob o risco de falhar no objetivo da medida.

Deve-se, além disso, abalizar que o recolhimento desses sujeitos somente se procede mediante ação da polícia, tendo em vista garantir a segurança dos agentes que procedem às abordagens. Deste modo, mesmo que não haja efetiva ação por parte desta, já ocorre um constrangimento e uma interferência no poder de decisão do indivíduo (BISCHOFF, 2012).

Além disso, constata-se que há, primeiro, uma abordagem e recolhimento por parte dos agentes para, somente depois, proceder a uma confecção de laudo médico e decisão de magistrado. Por conseguinte, há, no primeiro momento um cerceamento ilegal da liberdade da pessoa.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, buscou-se apresentar uma análise dos diversos aspectos que circundam o espectro da internação compulsória de viciados em crack, principalmente no que tange às nuances constitucionais e legais que eventualmente poderiam servir de óbice ou alicerce para a aplicação de tal medida.

Tendo em vista o escopo de aproximar o estudo em comento a uma aplicação prática, efetuou-se a análise do tratamento compulsório à luz do que veio a ser implementado pelo Governo do Estado de São Paulo na ação integrada denominada “Operação integrada Centro Legal”, a qual visava, dentre outras medidas, a internação compulsória dos viciados em crack que habitavam a região da Nova Luz, mais conhecida como “cracolândia”.

Em princípio, cumpre salientar que a medida paulista fora alvo de severas críticas de uma gama significativa de “experts”, que a consideraram uma medida inconstitucional e revestida de cristalina violação a direitos fundamentais, dentre as quais, se faz mais aviltante, a violação ao direito à Liberdade.

Segundo estes críticos, a medida não passaria de uma “faxina social” travestida de ação de proteção integral. Além disso, não teria havido o correto procedimento formal que a modalidade de tratamento e o princípio da dignidade da pessoa humana inescusavelmente exigem, haja vista que, dentre outras falhas, houve ativa atuação das forças policiais no momento das abordagens e conduções ao CRATOD.

Em contrapartida, há diversas opiniões consorte à aplicação da internação compulsória, devido, primeiramente, ao entendimento de que isto não vai de encontro a uma ação conforme a constituição, tendo em vista que, apesar de, em primeiro plano, assemelhar-se a uma medida restritiva de liberdade; ela não pode ser considerada inconstitucional, porquanto obedecer ao preceito fundamental do direito à preservação da saúde, norma constitucional de aplicação imediata, e ao princípio fundamental que serve de raiz para todos os demais mandamentos preconizados pelo texto constitucional, a saber, o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

A dignidade humana, frente aos outros preceitos insertos na carta maior do país, representa um elemento norteador de todos os demais. Portanto qualquer medida que vise salvaguardar a dignidade das pessoas face a toda e qualquer lesão, mesmo que proveniente de uma ação movida pela própria pessoa, merece a devida consideração acerca de sua possibilidade de aplicação.

Ao mesmo tempo em que a internação compulsória de viciados em crack pode ser considerada uma medida protetiva daquele princípio e do direito fundamental à saúde, pode ser considerado uma medida que põe em risco o direito de ir e vir que cada pessoa possui no território nacional.

Entretanto, qualquer tratamento compulsório é motivado por uma total falta de autodeterminação do indivíduo. Portanto, não se deve autorizar que todos os usuários sejam alvos de tal medida, mas apenas aqueles cuja capacidade de discernimento ou autodeterminação encontram-se esgotadas em virtude do nível de agressão que a substância psicotrópica já causou no indivíduo.

Outro requisito que deve ser observado antes de falar-se em internar alguém ao arrepio de seu consentimento, é o risco que essa pessoa deve oferecer tanto para si como para terceiros, haja vista que não há nada que justifique obrigar uma pessoa a se submeter a um tratamento não consentido senão a presença de um desses quesitos.

Não há que se falar na aplicação de tal procedimento se, antes disso, não ficar constatado a ineficácia de outras espécies de intervenção. Portanto é necessário que tal medida tenha caráter de excepcional aplicação, incidindo apenas nos casos comprovadamente necessários.

A internação compulsória mostrou-se possuir amparo legal, tanto pela sua expressa previsão na Lei 10.216/01, como em menções indiretas presentes em leis como o Estatuto da Criança e do Adolescente e Estatuto do Idoso; normas que possuem um cristalino caráter humanista e de notória aversão a qualquer medida desrespeitosa de direitos individuais.

Cumpre ressaltar que diversos países considerados de primeiro mundo e que são conhecidamente defensores de direitos humanos e sociais, como

Nova Zelândia, Espanha, Estados Unidos, Suécia e Reino Unido, possuem previsão de internações compulsórias ou involuntárias em suas legislações internas. Isso demonstra que esta medida não vai de encontro aos direitos fundamentais, pelo contrário, representa uma medida de *ultima ratio regum* a fim de salvar aquele que há tempos não está mais no gozo de uma vida plena e saudável.

Resta claro, portanto, que um tratamento motivado por uma ordem judicial, em casos extremos, é melhor que nenhum. Ademais, tendo em vista a dificuldade que se mostra a conscientização do usuário dependente ou abusador de crack em procurar ajuda, é mister que haja uma resposta do Estado em vias de possibilitar essa ajuda.

Isto se faz necessário tendo em vista que deixar o viciado em situação de rua à mercê de sua força de vontade, ignorando, assim, que, na maioria das vezes, ela não irá superar o desejo pela droga – do contrário o indivíduo não teria aderido às condições de vida nas quais se encontra – e nem ter o discernimento necessário para procurar ajuda, seria, sim, uma violação do dever maior do Estado, qual seja, garantir a concretude dos direitos fundamentais e o bem comum.

Com igual veemência, é importante ressaltar que tal internação deve ser aplicada, sempre que possível, em um ambiente extra-hospitalar, em respeito ao princípio trazido pela legislação da não institucionalização do paciente e de sua reinserção social. No entanto, deve haver uma melhor regulamentação da matéria, através de lei que dela trate especificamente e que traga, entre outros pontos, a determinação de como deverá ocorrer o trâmite da medida, sua duração e como se dará seu término.

Deve-se ter em mente, portanto, que tal medida, apesar de restringir a liberdade pessoal do paciente, não representa uma pena, mas sim uma ação que visa assegurar a dignidade e a saúde do indivíduo e a segurança da sociedade, de sorte que não pode ter outro fim que não estes mencionados, sob o risco de haver um retrocesso a tempos de política proibicionista pós-temperança, que, no século XX, considerava o dependente químico como uma “peste” e uma ameaça à sociedade.

REFERENCIAS

ABREU, Célia Barbosa e VAL, Eduardo Manuel. *Fundamentos constitucionais da internação involuntária do dependente químico*. Revista do Instituto de Direito Brasileiro. Lisboa. v. 10. nº10. p. 10565-10593. 2013.

ALBUQUERQUE, Flávia. *Em São Paulo, área decadente abriga maior crackolândia do país há 20 anos*. 2009. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2009-03-12/em-sao-paulo-area-decadente-abriga-maior-cracolandia-do-pais-ha-20-anos>, acessado em: 19/03/2014.

ALVES, Izilda. *Programa de Internação Compulsória iniciado hoje em São Paulo é só para casos extremos de usuários de crack na rua*. 21/01/2013. Disponível em: <http://blogs.jovempan.uol.com.br/campanha/coordenadora-de-saude-mental-de-sp-afirmaquem-esta-usando-crack-na-rua-nao-precisa-de-internacao-compulsoria>, acessado em 01/03/2014.

ALZHEIMER-EUROPE. *Sweden – Restriction of freedom – Involuntary Treatment*. 2012. Disponível em <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Restrictions-of-freedom/Sweden>, acessado em 04/03/2014.

ARANDA, Fernanda. *Os efeitos do crack no corpo*. Sem ano. Disponível em: <http://saude.ig.com.br/minhasaude/os-efeitos-do-crack-no-corpo/n1597573205849.html>, acessado em 15/02/2014.

ARGENTINA. *Ley Nacional de Salud Mental*. De 02/03/2009. Disponível em: <http://www1.hcdn.gov.ar/proyxml/expediente.asp?fundamentos=si&numexp=0126-D-2009>, acessado em: 25/03/2014. Buenos Aires. 2009.

BARROSO, Luís Roberto. *A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação*. Versão provisória para debate público. Mineografia. Dezembro de 2010.

BISCHOFF, Juliana. *Aspectos jurídicos de internações compulsórias para crianças, adolescentes e jovens dependentes em crack: A experiência do município do Rio de Janeiro*. Monografia do curso de bacharelado em direito do Centro Universitário de Brasília. 2012.

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988.

_____. *Lei 11.343*, de 23 de agosto de 2006.

_____. *Lei Federal 10.216*, de 6 de abril de 2001.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habbeas Corpus* nº 51.324, de 2010. Ministro Relator Arnaldo Esteves Lima.

_____. *Resolução CFM nº 1598/00*. Publicado no D.O.U em 18/08/2000.

_____. Ministério da Justiça. *Tráfico de Drogas e Constituição*. Série Pensando o Direito nº 1/2009. Brasília. 2009.

_____. Senado Federal. *Projeto de Lei da Câmara nº 37/2013*. Na Câmara dos Deputados, Projeto de Lei nº 7.663/10 do Dep. Osmar Terra. Brasília. 2013a. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=129226&tp=1>, acessado em: 29/03/2014.

_____. Senado Federal. Comissão de Constituição Justiça e Cidadania – CCJC. *Parecer 21409 de 2013*. Relator Senador Antônio Carlos Valadares. Brasília. 2013b.

CASTRO, Mary Garcia e ABRAMOVAY, Miriam. *Drogas nas escolas*. Brasília. UNESCO. 2005.

CERQUEIRA, Fernanda Secchi. *Justiça Terapêutica: Conceito e aplicabilidade no Brasil*. 2006. 54 fls. Tese (Bacharelado). Faculdade de Direito – Centro Universitário Ritter dos Reis. Canoas. 2006.

CFM, Resolução nº 1.598/2000. D.O.U. de 18/08/2000. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm, acessado em: 18/02/2014.

CNJ, provimento nº 4, de 26 de abril de 2010. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_corregedoria/provimentos/provimento_n_04_dependentesdrogas.pdf, acessado em 03/05/2013.

COSTA, Nathalia Santos da. e MACHADO, Dalva Maria Salgado. Neurobiologia e neuropsicologia na esquizofrenia e no uso de cocaína. RMMG, Vol. 22, Nº 2, 2012.

CUMINALE, Natália. VEJA - Infográfico. Sem ano. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/infograficos/efeitos-crack>, acessado em: 15/02/2014.

DORNELLES, Renata Portella. “O Círculo Alienista”: *Reflexões sobre o controle penal da loucura*. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito, Estado e Constituição da Universidade de Brasília, UNB 2012.

ENGELHARDT JUNIOR, H. Tristam. *Fundamentos da Bioética*. Tradução de José A. Ceschin. São Paulo. Editora Loyola. 1998.

ESPANHA. *Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil*. Madrid. 2000.

_____. *LEY ORGANICA 43/1986, de 14 de abril. General de Sanidad*. Madrid. 1986.

FUNDAÇÃO PARA UM MUNDO LIVRE DE DROGA. *Crack: Uma breve história*. Sem ano. Disponível em: <http://br.drugfreeworld.org/drugfacts/crackcocaine/a-short-history.html>, acesado em: 27/03/2014.

GARCIA, Carlos Roberto Marcos. *Aspectos Relevantes da Vitimologia*. Revista dos Tribunais, São Paulo, ano 88, v. 769, p. 437-455, 1999.

GOLDSTEIN, Paul J. *The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework*. Journal of Drug Issues. v. 49. p. 143-174. 1985.

GRECO, Rogério. *Direitos Humanos, sistema prisional e alternativas à privação de liberdade*. São Paulo. Editora Saraiva. 2011.

IBCCRIM, 17 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://ibccrim.jusbrasil.com.br/noticias/2991789/plano-de-acao-integrada-centro-legal>, acessado em 08/09/2013.

JÚNIOR, Sídio Rosa de Mesquita. *Comentarios a lei antidrogas*; 1º edição; Editora Atlas; 2007.

JUNIOR, Adilson Klier Péres. *Liberdade para o catolicismo libertário x Liberdade para o behaviorismo radical: Uma aproximação?* 2000. 67f. tese (graduação) - Programa de graduação em Psicologia. UniCEUB. Brasília. 2000.

JÚNIOR, Rubens Correia e VENTURA, Carla Aparecida Arena. *As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira-uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social*. Revista de Direitos Fundamentais e Democracia. Curitiba. v. 13. nº 13. p. 250-280. Jan/jun de 2013.

LEUKEFELD, Carl G. e TIMS, Frank M. *Compulsory Treatment of Drug Abuse. Research and Clinical Practice*. NIDA Research Monograph 86, 1988.

LIMA, Vanessa Batista Oliveira; *Constituição, direitos fundamentais e a disciplina normativa da internação psiquiátrica involuntária: aspectos materiais e processuais*. 2010. 139 fls. Tese (Mestrado). Universidade de Fortaleza – UNIFOR; 2010.

LIMA, Flávio Augusto Pontes de. *JUSTIÇA TERAPÊUTICA: em busca de um novo paradigma*. 2009. 261 fls. Tese (Doutorado). Faculdade de Direito – USP. São Paulo. 2009.

LORDELLO, Jorge. *Tipos de usuários de drogas*. 2011. Disponível em: http://www.cronicasdolordello.com.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=448:tipos-de-usuarios-de-drogas-&catid=69:drogas&Itemid=146. Acessado em: 20/03/2014

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM IV. 1994. Editora Artes Médicas Sul Ltda.

MATHIASSEN, Bo e CHEQUER, Pedro. *HIV e crack: vulnerabilidades e desafios*. Sem ano. Disponível em: <http://www.antidrogas.com.br/mostraartigo.php?c=2584&msg=HIV%20e%20crack:%20vulnerabilidades%20e%20desafios>, acessado em: 22/03/2014.

MED CLICK. *Crack: Uma Curta História: Em pouco tempo surgiu uma epidemia da droga*. Sem ano. Disponível em: <http://www.medclick.com.br/drogas/crack/historia-do-crack.html>, acessado em: 27/03/2014.

MIJARES, Miriam Garcia e SILVA, Maria Teresa Araújo. *Dependência de Drogas*. Revista de Psicologia da USP, São Paulo, 2006, v. 17(4), p. 213-240, 2006.

MILL, Jhon Stuart. *Sobre a Liberdade*. Tradução Alberto da Rocha Barros. Petrópolis, Editora Vozes Ltda. 1991.

MONDAINI, Marco. *Direitos Humanos*. São Paulo. Editora Contexto. 2006.

MONTESQUIEU, Charles Louis de Secondat. *Do Espírito das Leis*. 1. ed. São Paulo. Editora Nova Cultural. 2000. Coleção Os Pensadores.

NAPPO, Solange. *CRACK: características, alterações na cultura de uso ao longo de 20 anos e a influência do tráfico*. CEBRID-UNIFESP. Sem ano. Disponível em: <http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/drogas/arquivos/CRACK%20caracteristicas%20alteracoes%20na%20cultura%20de%20uso%20ao%20longo%20de%2020%20anos%20e%20a%20influencia%20do%20tráfico.pdf>, acessado em: 22/03/2014.

NOVA ZELÂNDIA. Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992. 1992. Disponível em <http://www.legislation.govt.nz/act/public/1992/0046/latest/whole.html#DLM263888>, acessado em 04/03/2014.

NUCCI, Guilherme de Souza. *Manual de Direito Penal*. 9ª Edição. Editora Revista dos Tribunais. 2013a.

_____. *Leis Penais e Processuais Penais Comentadas*; v.1; 7ª edição, Ed. RT; 2013b.

NUNES, Adeildo. *O país do Tráfico*. 2007. Disponível em: <http://www.adeildonunes.com.br/paginas/not-artigos.php?cont=noticias&cod=25>, acessado em: 19/03/2014.

OLIVERA, Lúcio Garcia de. *Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso*. Revista de psiquiatria clínica, vol.35, nº 6, São Paulo, 2008

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de. e NAPPO, Solange Aparecida. *Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado*. Revista Saúde Pública, 2008a.

_____ e _____. *Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso*. Revista de Psicologia Clínica. São Paulo. v. 35. Nº 6. p. 212-218. 2008b.

OMS, CID-10, 1993. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>, acessado em 04/05/2013.

_____. *RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.* 2001. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf, acessado em 21/11/2013.

ONU. Resolução nº 46/119; 1991. Disponível em: http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIIPAG3_7_6.htm, acessado em 19/10/2013.

_____. *Declaração Universal dos Direitos do Homem.* 1948.

PMESP. Disponível em: <http://www.policiamilitar.sp.gov.br/hotsites/centrolegal/index.html>, cessado em 19/04/2013.

RENNA, Marcos A. L. *Comportamento sexual de risco e DSTs em indivíduos que fazem uso preferencial de crack.* 2005. Disponível em: http://www.psicnet.psc.br/v2/site/temas/temas_default.asp?ID=1231, acessado em: 22/03/2014.

RIBEIRO, Marcelo e LARANJEIRA, Ronaldo. *O tratamento do usuário de crack.* Editora Artmed, 2ª Edição. 2012.

SÁ, Alvinho Augusto de. *Criminologia Clínica e Psicologia Criminal.* São Paulo. Editora Revista dos Tribunais. 2007.

SALIZE, Hans Joachim; DREßING, Harald; PEITZ, Monika. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States.* European Commission – Health & Consumer Protection Directorate-General. 15/05/2002.

SANTOS, Jonathas Rafael dos. *Drogas: sistema límbico e contexto social.* Sem ano. Disponível em: <http://meuartigo.brasilecola.com/psicologia/drogas-sistema-limbico-contexto-social.htm>, acessado em: 17/03/2014.

SAPORI, Luis Flávio e outros. *Mercado do Crack e violência urbana na cidade de Belo Horizonte.* Dilemas: Revista de Estudos e Conflito de Controle Social. Minas Gerais. v. 5. nº 1. p. 37-66. Jan/Fev/Mar de 2012.

_____. *Os impactos do crack na saúde pública e na segurança pública.* PUC Minas. 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang e OUTROS. *Dimensões da Dignidade: Ensaio de Filosofia do Direito e Direito Constitucional.* Org. Ingo Wolfgang Sarlet. 2 ed. 2 tir. Porto Alegre. Editora Livraria do Advogado. 2013.

_____. *Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988*. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado – RERE. Salvador. Instituto Brasileiro de Direito Público. n. 11. Set/Out/Nov. 2007. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/RERE-11-SETEMBRO-2007-INGO%20SARLET.pdf>. Acessado em: 07/06/2013.

SHEEN, Fulton J.; *O problema da Liberdade*; 7ª edição; Livraria Agir Editora; 1962

SILVA, Luiz Alberto de Souza e. *O conceito de liberdade e a teoria geral do direito*. Revista Pró-Ciência, v.1, n.2, abr/jun. 1997, p.13-23

STF. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.268-8. RS. Relator Ministro Celso de Mello. Diário de Justiça da União, 24/11/2000.

STF. Habeas Corpus nº 102940, ES. Relator(a): Min. Ricardo Lewandowski, Primeira Turma, julgado em 15/02/2011. DJe-065 DIVULG. 05-04-2011. PUBLIC. 06-04-2011.

STJ, Habeas Corpus nº 51324, ES; Relator Ministro Arnaldo Esteves Lima; Diário de Justiça da União; 04/02/2010

TJSP. Em São Paulo, internação compulsória de dependentes começa na segunda. 21/01/2013. 2013a. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Institucional/Imprensa/Clippings/Clipping.aspx?Id=34417>, acessado em 01/03/2014.

_____. *Apelação cível Nº 0026746-57.2011.8.26.0053*. SP. Relatora Desembargadora Maria Laura Tavares. DJE 13/02/2013. 2013b.

UNODC e OMS. *Principles of Drug dependent Treatment*. Março de 2008.